

DILEMAS ÉTICOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA QUIRÚRGICA Y GINECO OBSTÉTRICA

Ethical dilemmas in surgical practice and obstetric/gynecology

Óscar Alberto Castejón Cruz,^{1,2} Helga Leticia Hernández Pacheco,²
René Alexander Núñez Savoff,³ Shannie Waleska Bush Wood.⁴

¹MD. Bachelor in Epidemiology. Maestrante Dirección Estratégica de Especializada en Organizaciones Salud con énfasis en Investigación Biomédica. Universidad Europea del Atlántico-España.

²MD. Trauma Center, Comayagüela, Honduras.

³MD. Wood Medical Center, Roatán, Islas de la Bahía, Honduras.

⁴MD. Kaplan Medical Center, Miami, USA.

RESUMEN. Antecedentes. La bioética entiende que toda propuesta terapéutica o diagnóstica debe definir la meta por lograr, el provecho por obtener y los riesgos por enfrentar. Requiere conocer la historia natural de la enfermedad y sus complicaciones, así como la estimación de las posibilidades de éxito y fracaso ajustadas a cada paciente en particular. **Fuentes:** búsqueda bibliográfica en Medline, ProQuest, SCOPUS, usando las palabras claves “ética en el acto quirúrgico” “bioética” “ética clínica” “ética en obstetricia” “aborto terapéutico”, “consideraciones éticas en el embarazo y cáncer” “ética y cirugía oncológica” “dilemas éticos en la práctica anestésica”, tanto en castellano e inglés, limitada al periodo 2014- 2018. Los modelos más citados son los incluidos en la presente revisión. **Desarrollo:** El comportamiento ético no sólo debe estar limitado al acto quirúrgico, sino a toda la conducta del cirujano, aceptando que sus actos deben ser éticamente válidos, desde el estudio clínico del paciente y solicitud de estudios auxiliares de diagnóstico basados en un criterio razonado hasta la información otorgada al paciente y familiar, el acto quirúrgico y vigilancia postoperatoria **Conclusiones:** Cada día nos enfrentamos a dilemas éticos por lo que es evidente la necesidad de capacitación del personal de salud tanto médico, enfermería y todo personal que tiene contacto con paciente en aras de evitar el ensañamiento terapéutico y lograr el máximo bienestar del enfermo y sus familiares, desde un punto de vista integral. La principal e inicial obligación ética de todo medico es estar preparado.

Palabras clave: Cirugía, Ética, Ética clínica, Ginecología, Obstetricia, Procedimientos innecesarios.

INTRODUCCIÓN

Desde tiempos remotos el hombre ha regido su comportamiento por normas elementales, opiniones de notables o emociones acorde a su hábitat y evolución social dando origen al nacimiento de la moral y ética, vocablos de raíces etimológicas distintas pero que comparten el mismo significado. Con el natural desarrollo, ambas disciplinas evolucionaron convirtiéndose la primera en la práctica de reglas y cumplimiento de deberes en distintas áreas de la conducta humana y la ética por su lado, se transformó en la filosofía y ciencia de la moral, que regula, pauta y norma al individuo y colectividad y la toma de decisiones morales en el marco de una ética general para la vida; sin embargo, la complejidad, diversidad y evolución del conocimiento ha propiciado la emergencia de éticas especializadas en diversas ramas.¹

La bioética entiende que toda propuesta terapéutica o diagnóstica debe definir la meta por lograr, el provecho por obtener y los riesgos por enfrentar. Requiere conocer la historia natural de la enfermedad y sus complicaciones, así como la estimación de las posibilidades de éxito y fracaso ajustadas a cada paciente

en particular. El Código de Ética y Deontología del Cirujano establece que “...el cirujano no podrá intervenir pacientes que en condición de lucidez se nieguen a ser operados ...aun cuando de tal negativa pudiera surgir un desenlace fatal. En caso de imposibilidad del paciente para poder discernir, se recabará el consentimiento del representante legal o de los familiares..., en ausencia de ellos el cirujano adoptará la actitud que, de acuerdo con su criterio, convenga más a la salud o la vida del paciente”.²

Pocas son las profesiones que alcanzan el grado de pre-ocupación que tiene el cirujano ante la posibilidad de no haber actuado apegándose a sus principios éticos y legales. En la medida que se cuente con más tecnología, información, recursos diagnósticos y terapéuticos, el médico-cirujano debe ser más cuidadoso en no perder el contacto que garantiza adecuada relación médico-paciente y el soporte del ejercicio clínico como base del proceso diagnóstico y terapéutico; ello le permite mantener el respeto a sí mismo, sus pacientes, colegas, instituciones y sociedad en general. Una de las más importantes reglas que norman el ejercicio moderno de la medicina es el consentimiento informado, expresión práctica del principio de autonomía, definida como la aceptación voluntaria de un acto médico por parte de un paciente, luego de una adecuada explicación de sus riesgos y beneficios, y de las alternativas existentes. Este consentimiento debe obtenerlo el cirujano que llevará a cabo el procedimiento y debe cumplir con tres elementos fundamentales: voluntariedad, información y comprensión.³

Recibido para publicación: Recibido 11/2016 aceptado 02/2017

Dirigir correspondencia a: Dr. Óscar Alberto Castejón Cruz

Correo electrónico: oacastejon@gmail.com

Conflictos de interés. Los autores declaramos no poseer conflictos de interés en relación a este artículo.

1. ASPECTOS ÉTICOS EN LA PRÁCTICA DE LA OBSTETRICIA.

En obstetricia y ginecología existen situaciones objetivamente conflictivas cuya resolución puede comportar la muerte de un ser en gestación o de la misma progenitora o ambos, lo que tiene un significado ético y clínico fundamental a la hora de argumentar modificaciones al orden legal hondureño.

Esta especialidad ha sido destacada con cierta frecuencia por las materias de que se ocupa, que son de una importancia y trascendencia que van más allá de los fines habituales de la medicina. La transmisión de la vida, temas sobre el ser humano, inicio de la vida y correspondientes obligaciones de cuidado, embarazo y formas de parto humanizado, la conyugalidad y sexualidad, son conceptos fuertemente configuradores de sentido. Permanentemente se está transitando por una delgada línea que va y viene desde el quehacer médico a las representaciones sociales y culturales de estas realidades.⁴

Se toman decisiones frecuentes en el contexto de urgencia como, por ejemplo, la determinación de medidas en límites de la viabilidad fetal, que obliga al médico residente o médico tratante, estar en permanente contacto con los pediatras o neonatólogos, las capacidades reales instaladas, disponibilidad del recurso humano y certeza de los diagnósticos, así como ponderar los esfuerzos terapéuticos, calidad y expectativas de vida. También se enfrenta con mucha frecuencia a la toma de decisiones para interrumpir un embarazo, sin que se haya logrado establecer el tiempo de viabilidad fetal extrauterina (24 semanas). Esto ocurre, por ejemplo, frente a una infección ovular, a una placenta previa, con metrorragia incoercible y que compromete la vida de la madre, o frente a una patología materna que ha desbordado las medidas terapéuticas instaladas. Aquí la obligación médica, apelando a la responsabilidad que le concierne a quien enfrenta el caso particular de determinar el momento oportuno de interrumpir aquel embarazo, radica en la seguridad moral de que su actuación será juzgada.⁴

Situaciones límite de la Ginecología y Obstétrica en relación con el "Aborto Terapéutico"

Se resumen en tres grupos (5) (6) :

1. Riesgo vital para la madre
2. Agravación de la enfermedad materna
3. Daño psicosocial materno.

En el primer grupo, la terapia médica para el binomio madre-hijo provoca como efecto no querido ni procurado la muerte indirecta del embrión o feto. En el segundo grupo la evidencia médica, los equipos interdisciplinarios experimentados, y actuar bajo el consentimiento informado, en general permiten promisorios resultados materno-fetales. Para el tercer grupo se proponen caminos guiados por la humanización de la medicina.^{5,6}

Riesgo vital para la madre

Cuando el cuadro clínico es de evolución y gravedad tal, que si no se actúa en las próximas horas se produce la muerte del binomio madre-hijo. Cuando esta condición se produce

después de la viabilidad fetal no hay dilema ético, porque la solución médica es proporcionada para el feto como para la madre.^{5,6}

1. Síndrome hipertensivo
2. Embarazo ectópico complicado con embrión-feto vivo
3. Corioamnionitis clínica II trimestre
4. Metrorragia incoercible II trimestre

Agravación de la enfermedad materna

Cuando la enfermedad pre-existente o concomitante se agrava durante la gestación poniendo en riesgo el pronóstico materno:

1. Cáncer
2. Nefropatía
3. Lupus eritematoso sistémico

Daño psicosocial materno

Cuando no hay daño físico y existe un riesgo psicológico para la madre.^{5,6}

1. Embarazo no deseado
2. Anomalías congénitas mayores letales

En aquellos países en que el aborto está legalizado se ha constatado la existencia de un Síndrome Post Aborto en la mujer, caracterizado por depresión, ansiedad, rabia, vergüenza, rechazo a sí misma y gran sentimiento de culpa. Se puede afirmar que toda mujer que aborta se ve afectada psicológicamente por el evento (presentando en muchos casos sintomatología de estrés post traumático) existiendo una respuesta de ansiedad y depresión reactiva al aborto.^{5,6}

Toda esta realidad, al balancearla con la intención directa e irreparable de eliminar un embrión o un feto que posee un estatus ontológico de persona, queda absolutamente asimétrica y desproporcionada, ya que la vida funda todos los otros derechos y sólo puede ser proporcionado cuando compite con la vida misma. Pueden ser alternativas que respeten sin contradicciones los derechos humanos las propuestas⁵:

1. Políticas públicas que favorezcan la natalidad.
2. Programas públicos y privados de educación sexual que incluyan conceptos antropológicos, psicológicos y trascendentes.
3. Desarrollo de instituciones de acogida y apoyo a la madre adolescente.
4. Acceso a programas de Planificación Familiar.
5. Leyes que favorezcan la adopción.
6. Detección, apoyo y terapia multidisciplinaria para las situaciones de riesgo familiar y social.

Útero Alquilado

Tiene aplicación cuando la mujer no tiene útero o este no es funcionante, es practicado en 15 países a nivel mundial. En general, se presentan conflictos con el útero alquilado. Ya que, ante un juicio, el niño le pertenece a la dueña del útero, así haya compromisos escritos, entrega de dinero o lo que fuere, o cualquier documento suscrito, por ley, el documento pierde

todos sus efectos⁷. En Honduras, se introdujo una moción en la cámara legislativa denominado gestación subrogada para legalizar esta práctica. Se debe tener todos los análisis respectivos, de sectores involucrados tanto médicos, éticos y legales.

Cáncer y Embarazo

El cáncer ha dejado de ser una enfermedad catastrófica y se ha convertido en una enfermedad crónica gracias a los adelantos realizados en investigación sobre etiología y avances tecnológicos aplicados en su terapéutica. Es cada día más frecuente la situación de una mujer que ha tenido cáncer y no ha satisfecho su deseo de fertilidad. Se observan también, mujeres que se embarazan y en el transcurso de la gestación son diagnosticadas con cáncer. Los dilemas éticos derivados son de alto impacto moral y necesitamos estar preparados.⁸

Los adelantos en el diagnóstico y tratamiento del cáncer dan esperanzas en el manejo de esta dramática asociación, y también ha impactado los frecuentes dilemas éticos que surgen del enfrentamiento de una paciente con un embarazo y cáncer simultáneo. Cabe destacar que la evidencia científica no demuestra que el embarazo cambie el pronóstico o desarrollo del cáncer que puede sufrir la madre. En la actualidad, la natalidad se está desplazando a edades mayores, lo cual está superponiendo las edades de aparición de los cánceres (> 40 años), con incidencia actual de 1 cáncer por cada 5,000 partos. Los más frecuentes son mama (3,7/100,000 partos), tiroides (3,3/100,000 partos), cuello uterino (1,6/100,000 partos) y ovario (1,5/100,000 partos).⁴

Cáncer de cuello uterino y embarazo

Este, por su naturaleza presenta serios problemas ético-clínicos al enfrentar las diferentes alternativas terapéuticas. Su incidencia es 1,6 a 10,6 por cada 10.000 embarazos, y al diagnóstico 2/3 se encuentran limitados al cuello (etapa I), donde el tratamiento es cirugía radical (deseo de mantener función endocrina ovárica), o radioterapia que produce castración clínica. Ambas alternativas producen 100% de mortalidad embrio-fetal. Una vez alcanzada la semana 32, posterior a la inducción de

madurez pulmonar, y 3 semanas distante del término de la quimioterapia, se realiza una cesárea-histerectomía total ampliada (con extracción de parametrios y linfonodos pélvicos), o cesárea más radioterapia. De esta manera la sobrevida del cáncer de cuello en etapa I es de 85-90% a cinco años para la madre, y para el recién nacido la sobrevida es determinada por la prematuridad del momento del parto (>32 semanas = >98,2%).^{4,5}

Cáncer de mama y embarazo

Cabe recalcar que el embarazo no empeora el pronóstico de este cáncer. El problema es la detección en la embarazada donde se encuentra en estadios más avanzados que los controles. El tratamiento de la enfermedad depende del estadio del cáncer y de la edad gestacional. En los estadios precoces el tratamiento estándar (mastectomía radical modificada) se mantiene, y cuando presenta riesgo de diseminación (bordes positivos, primario grande, ganglios positivos) se realiza quimioterapia y la radioterapia se pospone para después del parto si es necesario: sobrevida 80%. En pacientes con enfermedad localmente avanzada, lo que se hace es neoadyuvancia con cirugía y posterior al parto nuevamente quimioterapia y/o radioterapia si es necesario. Sobrevida 40-50% a 5 años.⁹

Embarazo ectópico¹⁰

En un 1-2% de todos los embarazos, el embrión que comienza su existencia tras la fecundación no logra llegar hasta el útero y se implanta fuera de lugar ("ectópico"), dado que en el caso del embarazo tubárico la elasticidad de la pared de este conducto es limitada, el aumento de volumen del feto en crecimiento provocará inevitablemente su rotura, poniendo en peligro la vida de la madre, además de causar la muerte del feto.

Aunque casi la mitad de los embarazos ectópicos se resuelven espontáneamente, en el resto de los casos es necesaria una intervención para evitar las graves consecuencias para la madre que pueden derivarse del estallido tubárico. Analizamos seguidamente los cuatro métodos que pueden ser utilizados para su resolución. **(Cuadro 1)**

Cuadro 1. Valoraciones éticas a las medidas terapéuticas de Embarazo Ectópico

Medida	Objetivo	Fin	Circunstancia
Farmacológica (Metotrexato)	Interfiere en los procesos de síntesis, reparación y replicación celular del ADN.	Preservar la vida y la salud de la madre.	La circunstancia más relevante es el grado de inmediatez del peligro de muerte de la madre.
Salpingectomía	Acción terapéutica sobre la madre consistente en extirpar la trompa de Falopio, causa de riesgo de muerte para ella.	Preservar la vida y la salud de la madre.	La circunstancia más relevante aquí es que el peligro de muerte para la madre no es inminente. Ello hace injustificable desde el punto de vista ético la opción por la vida de la madre a costa de la vida del hijo.
Salpingostomía	Acción terapéutica sobre la madre consistente en extirpar la causa de riesgo de rotura de la trompa, es decir, el embrión, que puede comprometer la vida de la madre.		
Seguimiento Expectante	Esta solución, si bien evita intervenir de cualquier forma antes de la rotura de la trompa para evitar causar la muerte del embrión directa o indirectamente, conlleva, salvo en el caso de gestantes asintomáticas y con hCG en descenso, someter a la madre a un nivel de riesgo elevado, que resulta difícil de justificar teniendo la alternativa de practicar la salpingectomía		

Fuente: Embarazo Ectópico: Un dilema ético y clínico. TERAPEÚTICA 7

2. ASPECTOS ÉTICOS Y CIRUGÍA GENERAL.

La cirugía es, por definición y de acuerdo con la percepción de la sociedad, una agresión. Evidentemente, una agresión de liberada, bien planeada y controlada, basada en técnicas cada vez más invasivas, ya no únicamente para resolver problemas, sino también para diagnosticarlos. Así al cirujano, además de gran habilidad técnica, se le atribuye gran capacidad técnica y, sobre todo, para afrontar la gran responsabilidad que supone todo acto quirúrgico, un elevado compromiso ético.

En palabras del Dr. Schwab, “esta realidad debe recordarnos que en los pacientes ancianos las etapas preoperatorias y, sobre todo, postoperatoria, así como, lógicamente, el manejo de los pacientes durante ambos períodos, son más importantes que la operación en sí misma”. Una realidad que, desde el punto de vista de la ética, debe ser muy tenida en cuenta dado que afecta al cirujano en todos los sentidos: en el manejo diario de los pacientes, en la investigación quirúrgica, y en la docencia y la educación quirúrgica.

No se puede considerar ética la denominada cirugía innecesaria, que se efectúa sin beneficio del paciente y va en contra del principio de no-maleficencia, al no considerar las consecuencias de los daños y agresiones. Podemos incluir en este rubro la cesárea de complacencia; es decir, a solicitud de la paciente, ejerciendo una supuesta autonomía que es equivocada; la realización de procedimientos “terapéuticos” adicionales a una laparoscopia diagnóstica, con la única intención de incrementar los beneficios económicos para el cirujano, como sucede en la realización de apendicectomías, aunque el apéndice se encuentre normal en problemas de dolor abdominal de origen oscuro. Otro ejemplo lo encontramos cuando se llevan a cabo procedimientos radicales en el caso de neoplasias avanzadas, supliendo a cirugías paliativas, o más aún, al abstencionismo, que sería más ético.³

Consentimiento informado

En el caso del consentimiento informado en cirugía, el principio legal pone de relieve que el paciente es un adulto autónomo que tiene la capacidad para autorizar lo que se le va a hacer a su cuerpo y a su mente. Así, cualquier intervención que pueda vulnerar este principio se considera no sólo ilegal, pudiendo ocasionar reclamaciones por agresión y lesiones por parte del paciente, sino también éticamente inadmisibles. El paciente tiene que ser informado de la naturaleza y los riesgos posibles de la intervención quirúrgica. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que el consentimiento plenamente informado no resulta innovación en bioética e investigación clínica posible. A este respecto, el Real Colegio de Cirujanos de Reino Unido refiere la necesidad de aportar información suficiente al paciente para permitirle tomar una decisión equilibrada, una vez sobrepasados los riesgos y beneficios del tratamiento prescrito.¹¹ Para ello, el cirujano tiene que valorar la inteligencia y la capacidad del paciente para comprender y manejar la información recibida. No en vano, la información deberá ser adaptada en cada caso al nivel de comprensión no sólo del paciente, sino también de sus familiares.

Testigos de Jehová

La intervención de los pacientes que profesan las creencias de la Congregación Cristiana de los Testigos de Jehová, conocidos comúnmente como “testigos de Jehová”, también plantea numerosas dificultades para los cirujanos desde los puntos de vista ético y legal. Todo ello a pesar de los avances que, fruto de la experiencia clínica acumulada, se han alcanzado en los últimos años en el manejo de estos. El rechazo, basado en creencias religiosas, de un paciente a recibir una transfusión sanguínea es, incluso en las situaciones de riesgo inminente de muerte por una hemorragia, un derecho legalmente reconocido. En el caso de la intervención quirúrgica de un testigo de Jehová, la decisión deberá tomarse por todo el equipo quirúrgico y, de resultar necesario, con la intervención de un juez. Así, deberá establecerse un consenso al respecto en el Servicio de Cirugía, siempre teniendo presente que no podrá obligarse a ningún cirujano a acometer una intervención en un testigo de Jehová. En el caso de los hijos de los testigos de Jehová la situación es ciertamente diferente, pues en los casos en los que existe un riesgo para la vida del niño, el cirujano no está obligado a suponer que las creencias de los padres son compartidas por sus descendientes. Por el contrario, el cirujano tiene la obligación de actuar en interés del niño, protegido por la norma legal de que los niños no son capaces de formar creencias religiosas profundas.¹¹

Asistencia terminal

Por lo que hace referencia a la asistencia terminal, los objetivos de la intervención son los de mitigar el sufrimiento y conservar la dignidad del paciente, por lo que debe requerirse un contacto estrecho y amable con sus familiares o allegados. Asimismo, y en el caso de la toma de decisiones complejas, el cirujano debe apelar a su experiencia y consultar la situación con otros especialistas en cirugía, y conocer, en caso de resultar posible, los deseos del propio paciente y de sus familiares. En definitiva, debe requerirse del cirujano que provea a todas las partes implicadas una información tan completa como honesta. Sin embargo, y aún en la actualidad, la información que se procura al paciente terminal suele aproximarse más a los deseos del enfermo, a lo que el paciente está dispuesto a aceptar, que a la realidad. De hecho, son numerosos los pacientes que manifiestan su interés en escuchar únicamente los aspectos que les resultan imprescindibles. Una situación, sin embargo, que no resulta aceptable en el caso de los familiares, a los que debe procurarse toda la información posible. Por su parte, y por lo que respecta a la certificación de la muerte, resulta preferible establecer una causa que un modo de muerte; dado que se trata de un documento legal, el certificado debe cumplimentarse con exactitud para evitar conflictos y toda posible confusión y ansiedad a los familiares. Debe procurarse, al menos en los casos complejos, la cumplimentación no sea llevada a cabo por el miembro más joven del equipo. Sea como fuere, y en caso de que la cumplimentación del certificado de muerte no resulte posible, debe solicitarse la realización de una autopsia, inter-

vención que requiere el consentimiento de los familiares y, en ocasiones, consulta a un juez.¹¹

Equipos multidisciplinares

Las intervenciones quirúrgicas son actos que requieren de la participación de un equipo multidisciplinar. Nadie opera solo, dado que no resulta posible. Así, los cirujanos forman parte de un equipo y trabajan en estrecho contacto con otros profesionales, muy especialmente con anestesiólogos e intensivistas fundamentales en las intervenciones de pacientes de edad avanzada y muy avanzada, sobre todo durante las primeras 48 ó 72 horas tras la operación, durante todas las etapas de la asistencia quirúrgica: preoperatorio, acto quirúrgico y postoperatorio. En consecuencia, todas las decisiones, tanto clínicas como de investigación, deben compartirse con el resto de componentes del equipo multidisciplinar. De hecho la cirugía forma parte, de una forma cada vez más acusada, de las especialidades o áreas clínicas, por ejemplo, cardiología o neurociencias, un aspecto que también debe ser tenido en cuenta a la hora de acometer una investigación. Y de la misma manera el cirujano, como parte de un equipo multidisciplinar, debe asimismo colaborar estrechamente con el personal de enfermería quirúrgica, cada vez más especializado y participativo en la investigación.^{11,13,14}

Confidencialidad

La confidencialidad se presenta como otro de los aspectos relacionados con la ética y la investigación quirúrgicas. Una confidencialidad que, como resultado de la progresiva implantación de los medios electrónicos, caso de la historia clínica digital, se encuentra más comprometida que en los tiempos en los que el historial era salvaguardado en papel por el propio especialista. Y es que la confidencialidad del paciente debe ser salvaguardada en todo momento y etapa del acto quirúrgico, empezando por la consulta de cirugía, siguiendo por los hallazgos e incidencias habidos durante la intervención, y terminando por el desarrollo del postoperatorio o la estancia del enfermo en la Unidad de Críticos.¹¹

Cirugía Oncológica

Entendiéndose como dilema bioético un conflicto de valores o creencias que resulta de una situación en la que la elección de un bien inevitablemente conlleva la pérdida de otro. Surge cuando hay dos o más valores morales o principios éticos en conflicto. Se plantean diversos dilemas bioéticos en torno a si se debe o no decir la verdad sobre el diagnóstico oncológico al paciente, si debemos o no dar toda la información sobre su estado actual y su pronóstico, porque para muchos enfermos el diagnóstico de cáncer equivale a una sentencia de muerte, pero su desconocimiento lo priva de ejercer su derecho a dar el respectivo consentimiento informado para autorizar al equipo médico sobre las acciones diagnósticas y terapéuticas a seguir.¹⁵

El gran dilema gira en torno a la autonomía de decisiones del paciente y el paternalismo benefactor, a veces autoritario, del cirujano oncológico el cual tiende a guiar al enfermo a lo "que

debe hacer" y ante la necesidad de un tratamiento quirúrgico de alta complejidad, con secuelas invalidantes o mutilantes. En un paciente oncológico surgen muchos problemas para la reflexión ética al firmar el consentimiento informado: ¿Puede hablarse que hubo autoritarismo paternalista del cirujano?, ¿ejerció coerción al plantear las alternativas del curso normal de la enfermedad sin tratamiento?, ¿Sería mejor hablar que hubo correcta información, presentación veraz de la realidad, seducción por el carácter y el prestigio del médico, o del grupo o centro asistencial al cual concurrió voluntariamente el paciente? ¿Puede inferirse una actitud manipuladora del cirujano? Es entonces de suma importancia tomar en cuenta el aspecto ético de respeto a la dignidad del paciente como persona, expresada en su autodeterminación, correctamente informado, para adoptar su decisión de aceptar o no la orientación propuesta por el cirujano oncológico.¹⁵

Es de vital importancia reconocer que el paciente oncológico que mejor evoluciona es aquel que interacciona con un personal de salud éticamente capacitado, en el que pueda confiar, que responda a sus preguntas, sinceramente, que comparta con él la verdad de su enfermedad y le brinde un trato humano, actitud de respeto, ayuda y solidaridad humana, favoreciendo de manera positiva la relación entre las dos partes, la comunicación y poder adherirse a un tratamiento de manera adecuada logrando que el paciente participe en una forma más activa en su recuperación.¹⁶

Fines de la Cirugía Oncológica¹⁶

primun non nocere, curar el cáncer, preservar la función sin arriesgar la curación, rehabilitar, procurar la paliación, mantener la integridad anatómica, intentar conservar la estética

El comportamiento ético no sólo debe estar limitado al acto quirúrgico, sino a toda la conducta del cirujano, aceptando que todos sus actos deben ser éticamente válidos, desde el estudio clínico del paciente y la solicitud de los estudios auxiliares de diagnóstico basados en un criterio razonado hasta la información otorgada al paciente y familiar, el acto quirúrgico y la vigilancia postoperatoria. En razón a las consideraciones antes expuestas, se considera que, en la práctica quirúrgica actual, la ética y la actividad técnica basada en la normatividad no son un mito sino una realidad, ya que si bien es cierto en todos los establecimientos de salud existen algunos cirujanos que anteponen sus intereses personales a la ética y la normatividad, afortunadamente son los menos. La gran mayoría de los cirujanos ejercen su profesión con pasión y entrega, efectuando verdaderos actos de heroísmo y sacrificio al remontar las limitaciones que plantea la falta de recursos, obligados a improvisar sus actos durante un evento quirúrgico, con el único fin de salvaguardar el bien más preciado de nuestros enfermos: la vida.³

CONCLUSIONES

Todo acto quirúrgico representa una invasión o agresión cruenta al organismo de los pacientes que depositan su con-

fianza en el profesional quien, a su vez, responde con responsabilidad y ofrece un comportamiento ético, que no sólo se limita al acto operatorio, ya que la sociedad exige que la ética debe estar en toda la vida y conducta del cirujano. La experiencia nos dice que el mayor índice de problemas, de quejas, demandas y situaciones legales, han nacido de una inadecuada relación de los cirujanos con sus pacientes, de ahí la importancia que debe tomar nuevamente el binomio cirujano-paciente, mismo que tendrá como fondo un servicio altamente calificado y humanístico sin límites. El cirujano al cumplir con ética tendrá todo derecho a exigir que se le cumplan también todos sus derechos y privilegios. Estamos completamente seguro que(17):

1. Educación continua (médico-quirúrgica) es igual a conocimientos y capacidades.
2. Conocimientos y capacidades más experiencia es igual a calidad.

3. Y que calidad más ética es igual a cirugía de excelencia.

La información que debemos brindarle al paciente y la confidencialidad que el médico debe observar, marcan en la práctica de la cirugía una diferencia muy grande en relación con la Medicina, porque una vez anestesiado el enfermo es incapaz de participar y es el cirujano quien tiene el control absoluto de las decisiones y los comentarios.

CONTRIBUCIONES

O. Castejón concibió la idea original de escribir el presente artículo y también lideró el desarrollo de este. H. Hernández, R. Núñez y S. Bush, apoyaron en la búsqueda bibliográfica e incorporación de comentarios, así mismo autor y coautores aprobaron la versión final artículo.

REFERENCIAS

1. Guevara-López U. Dilemas éticos y toma de decisiones en anestesia. 2017; Cir Gen 2017; 39 (4)
2. Manrique JL, Pelisch AM, Voumard N, Florit S, Barletta D. Orden de no reanimar: Una oferta racional y ética. Inmanencia Rev Hosp Interzon Gen Agudos HIGA Eva Perón [Internet]. 2018;6(1).
3. Córdova A, Francisco J. Comportamiento ético-legal del cirujano: ¿utopía? Cir Gen. 9 de marzo de 2017;39(4):247-50.
4. Sergio Valenzuela P. Algunos aspectos éticos en la práctica de la obstetricia. Rev Médica Clínica Las Condes. 2014;25(6):1029-34.
5. Miranda JN. Situaciones límite de la gineco-obstetricia. ARS MEDICA Rev Cienc Médicas [Internet]. 2016;38(1).
6. Gual-Castro C. Dilemas éticos en medicina. La interrupción del embarazo en la mujer. Gac Med Mex. 2016;152:529-33.
7. Cabello JA. Inquietudes sobre el genoma humano. Rev Peru Ginecol Obstet. 2015;48(1):12-6.
8. Mestre C, Isabel M. Cancer and pregnancy: an important ethical dilemma for the patient, family and medical team. Rev Colomb Cancerol. julio de 2016;20(3):101-2.
9. Rodríguez AO, Chew H, Cress R, Xing G, McElvy S, Danielsen B, et al. Evidence of poorer survival in pregnancy-associated breast cancer. Obstet Gynecol. 2008;112(1):71-78.
10. Cuenca JT, Lucea JA, Mayordomo GC. El embarazo ectópico: un dilema clínico y ético. Ther Estud Propues En Cienc Salud. 2015;(7):85-100.
11. Ruiz AJG, Pérez JH, de Miguel ÁG. Ética Bioética. 2013;
12. Lorda PS, Cantalejo IMB, Martínez FJA, Gutiérrez JB, Couceiro A, Robles PH. Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. Rev Calid Asist. 2008;23(6):271-285.
13. López Barreda R. Modelos de análisis de casos en ética clínica. Acta Bioethica. noviembre de 2015;21(2):281-90.
14. Samperio CG, Canizales RR, Rodríguez SA, Zepeda HR, Hall RT, Camino BG. Medicina paliativa en cirugía. Cir Cir. 2017;85(2):186-191.
15. García G GF, Malpica G CC. Reflexiones ante dilemas bioéticos que surgen en la interacción cirujano paciente quirúrgico oncológico. Rev Venez Oncol [Internet]. 2016 [citado 1 de marzo de 2018];28(1).
16. García G. Dilemas en la interacción del paciente quirúrgico oncológico adulto. Perspectiva bioética [tesis]. Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Dirección de postgrados. Doctorado en Ciencias Médicas. 2016.
17. Facultad de Medicina UNAM [Internet]. CDMX: UNAM;2002 [citado 16 de mayo de 2018]. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/sea-m2k1/2002/ponencia_sep_2k2.html

ABSTRACT. Background. Bioethics understands that any therapeutic or diagnostic proposal must define the goal to be achieved, the benefit to be obtained and the risks to be faced. It requires knowing the natural history of the disease and its complications, as well as estimating the chances of success and failure adjusted to each patient in particular. **Sources:** The bibliographic search was carried out using the search engines Medline, ProQuest, SCOPUS, using the keywords “ethics in the surgical act”, “bioethics”, “clinical ethics”, “ethics in obstetrics”, “therapeutic abortion”, ethical considerations in pregnancy and cancer “” ethics and oncological surgery “” ethical dilemmas in anesthetic practice “, both in Spanish and English. The search was limited from 2014 to 2018. The most cited models are those included in the present review. **Development:** The ethical behavior should not only be limited to the surgical act, but to all the behavior of the surgeon, accepting that all their acts must be ethically valid, from the clinical study of the patient and the request of the auxiliary diagnostic studies based on a Rationale criteria up to the information given to the patient and family, the surgery and postoperative surveillance **Conclusions:** Every day we face ethical dilemmas so it is evident the need to continuously train in these subjects to health personnel both medical, nursing and all staff that has contact with patients in order to avoid therapeutic cruelty and achieve the maximum well-being of the patient and their family members, from an integral point of view. The main and initial ethical obligation of every doctor is to be prepared.

Keywords: Surgery, Ethics, Clinical ethics, Gynecology, Obstetrics, Unnecessary procedures. (Source: MeSH)