

DOCUMENTOS

Reflexiones éticas en la práctica de la cirugía* Ethical reflexions in the practice of surgery

Dr. FERNANDO ARROYO A.¹

¹Cirujano General, Magíster en Bioética, Profesor Titular Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador

La incorporación de la ética en el ejercicio de la medicina tiene una larga tradición que se inicia en la Grecia clásica con el Juramento Hipocrático, que fue el referente ético médico en Occidente por muchos siglos, y ha sido continuado en épocas posteriores con la Oración de Maimónides del siglo XII, las normas de ética del Royal College of Physicians de Inglaterra en 1543, las normas regulatorias del ejercicio médico en el Protomedicato de Nueva España en 1628, la obra de John Gregory *Observations on the Duties and Offices of a Physician and on the Method of Prosecuting Enquiries in Philosophy* de 1770, el *Code of Medical Ethics* de Thomas Percival de 1806, el Código de Ética de la American Medical Association en 1847, y finalmente los múltiples documentos escritos a lo largo del Siglo XX por países, instituciones y universidades, sobresaliendo por su amplia aceptación internacional la Declaración de Ginebra, el Código Internacional de Ética Médica, el Código de Nuremberg y la Declaración de Helsinki, promulgados por la Asociación Médica Mundial en la segunda mitad del siglo pasado.

La palabra "cirugía" proviene del griego *kheiros*: manos y *ergon*: obra, y ha sido definida como "aquella parte de la Medicina que trata de curar las enfermedades por obra de las manos". La figura médica por excelencia en la cultura griega clásica es Hipócrates, y en sus escritos se incluyen varios sobre cirugía, aunque hay que reconocer que en el conjunto de su obra la parte quirúrgica ocupa un lugar más bien modesto. Ambroise Paré, cirujano

francés nacido en 1510, es considerado como el primer médico consagrado completamente a la cirugía, y a él se le atribuye esta afirmación: "la cirugía tiene cinco funciones: eliminar lo superfluo, restaurar lo que se ha dislocado, separar lo que se ha unido, reunir lo que se ha dividido y reparar los defectos de la naturaleza"¹.

El acto quirúrgico, sin duda, representa una invasión y agresión cruenta al paciente, tal vez una de las formas más demostrativas de cómo un enfermo puede poner, literalmente, su vida en manos de un médico depositando toda su confianza en él. La cirugía tiene el objetivo supremo de curar, o al menos mejorar al enfermo, con la convicción de que, en un momento dado, es la mejor si no la única opción terapéutica que permite, dentro de lo humanamente posible, ofrecer la eliminación de una patología bajo el sustento de una consciente capacidad profesional y un comportamiento ético.

Lo ético no sólo debe estar en un acto quirúrgico, ni en lo que sucede en una sala de cirugía, ni siquiera en la cirugía como profesión. Lo ético debe estar en toda la vida y conducta del cirujano, de modo que todos sus actos profesionales y no profesionales sean éticamente válidos, desde el estudio del paciente, la realización de estudios de apoyo al diagnóstico, la información al paciente, la obtención del consentimiento, el acto quirúrgico, los cuidados postoperatorios, etc. En la cirugía, por la clara sucesión de causas (patología quirúrgica) y efectos (actos quirúrgicos), por la definitiva invasión física y real por el cirujano sobre el cuerpo de un

*Recibido el 23 de enero del 2008 y aceptado para publicación el 4 de Marzo de 2008.

Correspondencia: Dr. Fernando Arroyo A.

Calle 9 de Octubre 1770 y Avenida Eloy Alfaro. Edificio Cisneros, Primer Piso, Of. 102. Quito, Ecuador.
e-mail: farroyo@eventosmedicos.com

enfermo, es donde la relación médico-paciente adquiere dimensiones de gran impacto. El cirujano es el único que acepta éticamente y con responsabilidad la indicación inobjetable y necesaria de una cirugía, como resultado de su capacidad y una actitud de honestidad profesional para su paciente, los familiares, sus pares, su medio y sobre todo con él mismo.

El cirujano no trata sólo cuerpos humanos, trata pacientes que son seres humanos. Estos recurren al cirujano porque están padeciendo, sintiendo, imaginando, sufriendo e incluso llegan con miedo y tristeza por algo que amenaza su integridad. Tienen limitaciones e impotencias por las que buscan ayuda, la que el cirujano debe estar presto a proporcionar. Dicha ayuda debe ser prestada con actitudes y decisiones de profundo significado ético, sin olvidar nunca que el paciente en su libre albedrío, selecciona a un médico para que le resuelva sus problemas, por lo que como cirujano no puede fallarle; es más, no debe fallarle².

La conducta del cirujano

En los tiempos que corren es evidente que la relación cirujano-paciente se ha deteriorado por múltiples factores: la necesidad de solventar situaciones económicas, el desempeño en múltiples instituciones, la competencia exagerada, la insatisfacción profesional en los sistemas de atención en la medicina de seguridad (exigencias de alto rendimiento), en los de asistencia social (falta de recursos), la burocratización de los servicios, y por si faltara algo, la influencia perjudicial de las aseguradoras y terceros pagadores. Estas circunstancias han influido sin duda en el comportamiento ético de los trabajadores de la salud, incluyendo a los cirujanos, dando como consecuencia lo que se ha dado en llamar "deshumanización del ejercicio de la medicina". Sin embargo el cirujano, al cumplir su labor con ética, tendrá todo derecho a exigir que se le cumplan también todos sus derechos y privilegios. Un cirujano debe ganarse la confianza de sus pacientes utilizando la empatía, la congruencia y la aceptación positiva, logrando que sus pacientes sientan que son respetados en su dignidad y condición humana. Es muy importante que el cirujano haga a un lado las actitudes mesiánicas que lastiman profundamente a sus pacientes y a sus familiares. La cirugía se llena de ética cuando el cirujano ha llegado tanto al enfermo que él le dice palabras como "Doctor, después de Dios usted". Esas palabras obligan a una sola respuesta: un acto quirúrgico no sólo lleno de destrezas, sino de la sublimidad que se encuentra en un acto litúrgico y que debe aplicarse

por igual a todos los pacientes sean de instituciones de atención a la salud pública, de seguridad social, de medicina de prepago o privados.

El cirujano debe cuidar la situación económica de su paciente valorando la posible magnitud de gastos, y al plantear una cirugía siempre debe ofrecer alternativas de atención en la medicina de asistencia social, o asesorar con relación a los seguros de gastos médicos. Dadas las limitaciones económicas que vivimos en nuestros países, sería poco ético poner en peligro un patrimonio familiar por la terquedad de llevar a cabo un acto quirúrgico con atención privada, cuando se tiene la posibilidad de una atención de seguridad social, como también lo sería el manifestar como situación primordial el aspecto del pago de los honorarios.

La ética en las relaciones entre colegas cirujanos es de observancia obligatoria. Hay que recordar que las relaciones deben estar basadas en un sentimiento de solidaridad, respeto, lealtad, asistencia, confraternidad, para compartir conocimientos al servicio de los pacientes, de las instituciones y de la sociedad. Los cirujanos están obligados a una ayuda recíproca y a la asistencia mutua, como cuando se solicita la comparecencia de un colega para opinar en situación de diagnóstico difícil, para asesorar la toma de decisiones, para ayudar a resolver una situación de complicación intra o perioperatoria o del entorno familiar. El cirujano consultado lo hará convencido de que el cirujano titular está de acuerdo, y mostrará deferencia y disposición de ayudar.

En Cirugía hay circunstancias especiales como la sustitución de un cirujano por otro por causas de fuerza mayor, sin que esto signifique abandono del paciente. La sustitución debe efectuarse con un cirujano de experiencia equiparable, y el cirujano sustituto debe entender que se solicita su presencia para ese momento y caso específico. Lo que no es éticamente aceptable es la sustitución de un cirujano por otro en un acto quirúrgico con el afán de engañar, haciéndolo sin conocimiento y consentimiento del paciente y/o sus familiares.

Un cirujano actúa con ética cuando considera que su capacidad, en destreza o conocimiento de las técnicas modernas, está por debajo de lo que se necesita en un caso quirúrgico determinado. Lo ético es entonces proponer o invitar a otro cirujano que tenga las destrezas necesarias, y estar dispuesto a colaborar en el acto quirúrgico si el enfermo o sus familiares están de acuerdo con ello, o más aún si ellos lo solicitan. Cuando esto sucede se debe expresar claramente quién llevará la dirección del acto quirúrgico, y quien será el asistente. Además los honorarios serán por cuentas

separadas, evitando la práctica de la dicotomía. El cirujano que fue llamado deberá proteger el prestigio de quien lo invitó y ninguno debe explotar la situación.

Cuando se discute un caso, se puede o no estar de acuerdo entre colegas cirujanos, pero no se debe discrepar propiciando discusiones agresivas o comentarios desaprobatorios que denigren a un compañero cirujano, y menos hacerlo delante del paciente y de sus familiares². Por supuesto que tampoco se puede encubrir una conducta inapropiada de un cirujano incapaz y deshonesto, pero se debe manifestar en el marco de la ética profesional.

Los cirujanos deberán estar conscientes de que en algún momento tendrán que dejar de operar. Ese momento puede llegar no sólo por la edad sino por limitaciones físicas, de toma de decisiones, de la tolerancia al sufrimiento y a la angustia del acto quirúrgico, y al estrés de todas las circunstancias del perioperatorio. Muchas ocasiones no conviene un retiro súbito: paulatinamente el maestro puede ir transfiriendo parte del acto quirúrgico a los discípulos, y posteriormente todo él. Es ético, por ejemplo, expresarle al paciente que el acto operatorio lo llevará a cabo el cirujano que fue el alumno, y que en este momento ya superó al maestro, pero que el maestro estará en el quirófano, para cumplir con el enfermo, que muchas veces ha sido su paciente de toda la vida.

El ejercicio de la cirugía, hoy más que nunca, es muy delicado ya que al cirujano actualmente se le exige por todos lados un servicio de primera, pero no se le retribuye igualmente. El acelerado crecimiento de la medicina científica, social y mercantilista, ha provocado un deterioro en la proyección del médico, el que ya no es apreciado como el antiguo médico y amigo de casa, sino que se ha convertido en el profesional al que se le pide (y a momentos hasta se le exige) que proporcione restablecimientos rápidos, efectivos y a bajos costos.

Las confusiones y las actitudes alejadas de la ética surgen cuando la ciencia y la tecnología, en su arrollador avance, rebasan al humanismo, cuando ellas no crecen a la medida de las necesidades del hombre sino de sus intereses, cuando el imperio de la máquina es más poderoso que el creador mismo, y cuando que se considera que el servicio solo es posible a través de tecnología de punta³.

El cirujano responsable

Actualmente es importantísimo que el cirujano actúe con pleno conocimiento de que su responsabilidad legal, tanto desde el punto civil como penal,

constituye un imperativo jurídico y social que obliga, como a todos los profesionales, a responder ante las autoridades competentes por los perjuicios cometidos con sus actos voluntarios o involuntarios en el ejercicio de su ciencia, arte, oficio o profesión. Su responsabilidad no es sólo de no producir un daño (iatrogenia) sino también de no incumplir el contrato, porque no hay que olvidar que todo acto quirúrgico representa, legalmente, un contrato entre cirujano y paciente o su representante legal. Este contrato se realiza entre un profesional (cirujano) que se compromete a ofertar un servicio técnico (cirugía) a favor de un cliente (paciente), el que a su vez, se compromete a colaborar y a cubrir unos honorarios claramente estipulados².

Es una verdad irrefutable que todo procedimiento quirúrgico tiene riesgos. El problema actual es que se tiende a trasladar dicho riesgo al médico sin una razón suficiente. Anteriormente el enfermo era consciente de su estado y asumía las consecuencias del tratamiento, sin inculpar al médico por el fracaso. Era una posición responsable que se basaba en el principio de la buena fe recíproca: el paciente era sincero con el médico y le descubría su cuerpo y alma; iba a él en busca de ayuda y confiaba en que el médico, a su vez, haría lo que estuviera a su alcance para obtener la recuperación de la salud. Si no se lograba, no había reclamo. Ambos sabían que se había intentado y hecho todo lo posible.

Debe insistirse hasta la saciedad que el contrato de servicios o asistencia médica da origen a una de las llamadas obligaciones de medio y no de resultado. El médico no puede prometer, asegurar ni garantizar la cura del enfermo. Por lo tanto, el único resultado que se puede ofrecer es que se pondrá todo el empeño, diligencia, pericia, conocimiento, prudencia y cuidado para una correcta ejecución.

La información médica y el consentimiento informado en pacientes quirúrgicos

Actualmente se concibe la información como un elemento fundamental de la práctica médica cotidiana. El consentimiento informado (CI) es la expresión práctica del principio de autonomía, una de las más importantes reglas que norman el ejercicio moderno de la Medicina. Se lo define 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. El CI no debe ser solo una recitación mecánica de hechos o la presentación de un formulario prellenado, solicitando que el pacien-

te firme la autorización para una cirugía, sino un acercamiento franco apoyado en una relación médico-paciente sólida, que conduzca a la toma de las mejores decisiones en pro de restablecer la salud del sujeto. Además debe ser un proceso dinámico y continuo, lo que facilitará la cooperación durante el proceso de la atención médico-quirúrgica.

Como principio general, el CI debe obtenerlo el cirujano que va a llevar a cabo el procedimiento; si se deja en manos de un asistente la responsabilidad de obtenerlo, el cirujano se pone en una situación peligrosa ya que sin lugar a dudas es él la única voz autorizada para hacer todas las revelaciones que el enfermo debe escuchar. En esencia este proceso lo que trata es de tomar decisiones compartidas, con participación activa del enfermo (beneficencia vs autonomía), alejándose de la forma paternalista clásica de la atención médica.

Obviamente que el procedimiento de obtener el CI es diferente según se trate de una emergencia grave que amenace inmediatamente la vida del sujeto, una urgencia que permita tener una conversación razonable antes de tomar una decisión, o una acción programada en la que se puede tener todo el tiempo para dar información y permitir que el paciente o sus familiares lo mediten y resuelvan. Existe el concepto de privilegio terapéutico, como una de las excepciones al principio general de obtención del consentimiento informado. Se basa en la idea que en ocasiones la información médica puede afectar la respuesta o aceptación del enfermo a un tratamiento necesario, o que por otro lado puede elevar los niveles de ansiedad en los enfermos. Aunque efectivamente alguna circunstancia especial podría justificar esta conducta, el uso del privilegio terapéutico debe ser la excepción y no la regla.

En nuestras sociedades latinas ha sido una tradición arraigada, al contrario de lo que sucede en las sociedades anglosajonas, que se tienda a no decir la verdad al enfermo cuando el diagnóstico es de una patología maligna o irrecuperable, basándose para ello en la convicción de que un paciente que conoce su pronóstico fatal puede mostrar una actitud negativista y no colaborar en el tratamiento a seguir, y en que, dada la irreversibilidad del proceso, el dar una información completa no contribuirá más que a añadir un dolor innecesario. Una de las razones detectadas en algunos estudios es que la información médica puede elevar los niveles de ansiedad del enfermo, y muchas veces son los familiares de los pacientes quienes, en esas circunstancias, apelan a ella para solicitar al profesional que no informe al enfermo⁴.

En el escenario de la comunicación con el enfermo quirúrgico, especialmente oncológico, se ha desarrollado el concepto de verdad soportable o verdad tolerable para definir el modo adecuado de transmitir la información a los pacientes. El fundamento de la verdad tolerable es que la información que se debe facilitar al paciente sobre su enfermedad tiene que ser aquella que el enfermo pueda admitir, es decir, la que pueda tolerar o soportar sin crearle más problemas ni agravar los que ya padece, tanto psicológicos como somáticos. Cada enfermo es un mundo con un espectro amplísimo de registros y matices que sólo se exteriorizan en circunstancias muy determinadas. A diario hay que concretar, matizar y reajustar la verdad tolerable que se transmite, adaptándola a la propia vivencia diaria del paciente⁵.

La cirugía innecesaria

Para calificar una cirugía como innecesaria, se debe considerar dos puntos de vista: el técnico-quirúrgico y el de comportamiento ético, comportando los dos fallas de grado variable⁶.

La cirugía innecesaria propiamente dicha es la que se efectúa sin beneficio del paciente, que va en contra del principio de no-maleficencia (al no considerar las consecuencias de los daños y agresiones, y que puede incluso complicarse), que va en contra del principio de justicia (al incurrir en dispendio inadecuado de recursos) y violenta muchas veces normas como el consentimiento informado (incluyendo la veracidad).

Torres⁷ estima que los factores más comunes que contribuyen a la realización de cirugías innecesarias son, entre otros, los siguientes (Tabla 1).

Algunas de las situaciones enunciadas se pueden ejemplificar así: la cesárea llamada de complacencia, a solicitud de la paciente por convenir a sus intereses, ejerciendo una supuesta autonomía que es equivocada; la apendicectomía laparoscópica subsiguiente a laparoscopia diagnóstica en problemas de dolor abdominal de origen obscuro, aunque el apéndice se lo vea normal; la intención humanitaria de "hacer algo", como sucede en el caso de neoplasias avanzadas, intentándose cirugías radicales innecesarias sin considerar los riesgos, supliendo a cirugías paliativas o más aún al abstencionismo, el que sería más ético; finalmente, los casos de instituciones que intentan lograr prestigio en un área determinada, efectuando un gran número de intervenciones pero ampliando en forma no ética la banda de las indicaciones¹⁰. Torres sostiene que un acto quirúrgico puede ser calificado como innecesario, desde el punto de

Tabla 1
FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA
REALIZACIÓN DE CIRUGÍAS INNECESARIAS

-
- Intención de lucro desmedido con fines de subir en la escala social
 - Necesidades económicas del cirujano
 - Fallas en el diagnóstico
 - Exigencias derivadas de la información alcanzable por los pacientes
 - Exigencias de los pacientes
 - Equipos modernos y la necesidad de recuperar inversiones
 - Tecnología avasallante y la necesidad de obtener destrezas quirúrgicas y acortar el tiempo en la llamada curva de aprendizaje
 - Por circunstancias de medicina institucional, administrada o privada
 - Por modas y costumbres
 - Por variaciones en la práctica médica en diversas áreas geográficas
 - Por medicina defensiva
 - En equivocaciones punibles
 - En fallas de los sistemas de auditorías internas y externas de los departamentos de cirugía
 - Por adquirir prestigio en el tratamiento de una determinada patología
 - Cirugía innecesaria aceptada como mal menor
 - Deshumanización de los cirujanos^{8,9}
-

vista ético, en las siguientes circunstancias: cuando se probó que el acto no tuvo fundamento en las indicaciones médicas; cuando se hizo una valoración incompleta de las condiciones clínicas respecto a las necesidades físicas, emocionales, sociales, ocupacionales y profesionales de un paciente; si se demostró una actuación con falsedad y malicia para inducir la aceptación de la indicación quirúrgica, utilizando frases engañosas y confusas, y peor aún si se usó alguna forma de coerción; cuando se indujo la aceptación de una tecnología quirúrgica moderna, con intenciones de mercadotecnia y recuperación de inversiones ("cirugía vendible"); cuando el acto se enmarcó en un protocolo de investigación quirúrgica que se apartó de los dere-

chos del paciente, y de las normas éticas internacionales que rigen la investigación en humanos, especialmente la Declaración de Helsinki; cuando se engañó con intención de lucro, situación la más grave de todas, que implica una actitud dolosa, lo que obliga en un momento dado a responder inclusive ante los tribunales⁷.

REFERENCIAS

1. D'Allaines C. Historia de la Cirugía. Barcelona: Oikos-Tau S.A. Ediciones, 1971; 5.
2. Torres F. Ética y Cirugía. Seminario "El ejercicio actual de la medicina", Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. 2002. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2002/ponencia_sep_2k2.html. (Consultado el 26 de septiembre de 2007).
3. Athié-Gutiérrez C. La Bioética de la Cirugía. *Cir Ciruj* 2002; 70: 395-398.
4. Cabello L, Ruíz P, Rosique I. El consentimiento informado en un hospital terciario. Opinión de los profesionales y percepción de los pacientes. *Rev Cal Asist* 1999; 14: 145-150.
5. Rubiales A, Martín Y, Del Valle M, Garavís M, Centeno C. La información al enfermo oncológico: los límites de la verdad tolerable. *Cuadernos de Bioética*, número 1998; 33: 45-54.
6. Pérez-Tamayo R. Se propone un código de ética médica. *Gaceta Facultad de Medicina UNAM*, 2003: 6-10.
7. Torres F. El problema ético de la cirugía innecesaria. Seminario "El ejercicio actual de la medicina", Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. 2002. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2004/ponencia_oct_2k4.htm. (Consultado el 26 de septiembre de 2007).
8. Velasco S. Ética profesional: su esencia y aspectos prácticos. *MURS* 1998; 1: 4-7.
9. Pérez TR, Kretschmer R. Comentarios sobre la filosofía de la práctica del ejercicio actual de la medicina. Segunda parte. México, D.F Siglo XXI Editores, S.A. de C.V., 2003; 71-78.
10. Weber J. Health care management ethics. Avoiding unnecessary health care services. *Catholic Health Association of USA*. June 1994. Puede ser consultada en dtroy@chausa.org.