

# Cirugía y Cirujanos

Volumen  
*Volume* **70**

Número  
*Number* **6** Noviembre-Diciembre  
*November-December* **2002**

*Artículo:*

## La bioética de la cirugía. Editorial

Derechos reservados, Copyright © 2002:  
Academia Mexicana de Cirugía

## Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

## *Others sections in this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



**Medigraphic.com**

## Editorial

# La bioética de la cirugía

*Acad. Dr. César Athié-Gutiérrez\**

El principio de la ciencia médica moderna parte de las aportaciones de William Harvey en 1628, con John Hunter en 1789, a quien se le considera el padre de la cirugía experimental, con Joseph Lister en 1865 quien representó el origen de la cirugía científica, al relacionar las bacterias con la morbilidad de los pacientes con heridas<sup>(1)</sup>.

La ética del médico fue regulada por el Código de Hammurabi o por el juramento Hipocrático o por la plegaria de Maimonides, donde compromete al médico a buscar nuevos conocimientos.

En 1543 el *Royal College of Physicians* de Inglaterra estableció un código de ética. En la Nueva España el protomedicato en el año de 1628 dictó las normas regulatorias del ejercicio profesional<sup>(2,3)</sup>.

La medicina no es una ciencia exacta y la cirugía se ejecuta por seres humanos investidos por su preparación, su experiencia, sus principios éticos y morales, pero potencialmente susceptibles de cometer errores, que pueden disminuir al perfeccionar sus métodos quirúrgicos, debiendo analizar, juzgar y evaluar cuidadosamente los errores iatrogénicos con la bioética.

La formación de comités de ética en los hospitales, fue la alternativa moral de nuestra propia conducta. Sus bases científicas y epidemiológicas deben ser estrictamente apegadas a la ética.

El ejercicio de la cirugía, debe regirse por estos códigos cuyo objetivo fundamental es preservar la salud del paciente.

Está demostrado que no son suficientes las leyes, normas, procedimientos, métodos de enseñanza, métodos de autoevaluación y ejecución de la cirugía con base a resultados propios, si éstos no están gobernados por el principio inalienable de la bioética.

Sus principios de la educación licenciada del médico se inicia con el juramento hipocrático, la carta de los derechos del paciente, la creación de los consejos médicos, el consentimiento informado, las normas oficiales de tipo legal que nos llevaron a otro marco del ejercicio actual de la cirugía.

Debemos meditar cuidadosamente si el avance de la bioética se encuentra al mismo nivel con los avances de la tecnología médica científica, como líneas paralelas de conducta y si la bioética es moldeada en base a normas legales vigentes como pretexto para evitar sanciones por negligencia médica como la llamada medicina defensiva.

Jaques Testar sugirió la bioética como: "La ciencia sin conciencia no conduce sino a la ruina del hombre".

La constante evolución de la medicina se agudizó por los grandes avances de la tecnología, la transformación social y económica.

Los avances en el diagnóstico oportuno son gracias a la tecnología de imagen, endoscopia, laboratorio y medicina nuclear.

Las novedades en el tratamiento optimizaron la atención médica en las unidades de terapia intensiva con monitores sofisticados, antibióticos, apoyo nutricional, prótesis, endoprótesis, radioterapia, quimioterapia, angioplastías, cirugía endoscópica, etc.

El cambio de la expectancia de vida de 55 a 73 años en los últimos 20 años, con disminución de la mortalidad en un país con escasos recursos, aumentó la patología crónica degenerativa y se enfrentaron nuevos retos como la aparición del SIDA y otras enfermedades bacterianas y virales.

El aumento de la violencia intrafamiliar y metropolitana incrementó la cirugía por traumatismo con alta morbilidad, mortalidad y costo.

Es conveniente guardar un equilibrio muy juicioso entre los derechos humanos del paciente y los derechos humanos del cirujano, los cuales fueron olvidados durante mucho tiempo, en donde el quehacer cotidiano debe ser autocrítico con objetivos de progreso, pero estar consciente de los factores de riesgo ante las enfermedades infectocontagiosas y cirugía.

La ética del ejercicio de la cirugía fue impactada por los altos costos de la tecnología e inaccesible para la población en general, naciendo programas de atención en la medicina institucional, en la medicina privada y actualmente con atención prepagada al través de compañías de seguros médicos con pólizas definidas, con laboratorios, gabinetes, hospitales, clínicas y médicos seleccionados por ellos, en donde la

\* Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía año 2000.  
Académico numerario de la Academia Mexicana de Bioética.

*Solicitud de sobretiros:*  
Acad. Dr. César Athié Gutiérrez  
Puente de Piedra No. 150-727  
Col. Toriello Guerra  
14040, México, D.F.

Recibido para publicación: 26-07-2002.  
Aceptado para publicación: 01-10-2002.

calidad de la atención médica es dudosa al contratar profesionales que les reditúen mayores beneficios económicos utilizando como mercancía a la salud.

La libertad es el fundamento de la ética, gracias a ella, el hombre puede hacer cosas buenas o malas, ser moral o inmoral.

La conducta ética es una opción libre de acuerdo a cada cirujano y a sus propios valores, cuya conducta lo señala como una persona digna y respetable.

Promover la comunicación con el paciente es conocer su estado de salud o enfermedad al identificar sus síntomas y signos, comprenderlo y ocupar su lugar, en una nueva etapa de confianza, respeto y cariño al través del interrogatorio y la exploración física.

La relación médico paciente debe ser dinámica para el diagnóstico, para el tratamiento; es necesario explicar los riesgos al enfermo y sus familiares, ya sean simples o altamente sofisticados.

Una buena relación se inicia al seleccionar el paciente al cirujano, por tenerle confianza, por recomendación o por el prestigio profesional.

Actualmente una parte de la población selecciona el hospital y deja a la suerte o al destino el cirujano que se le asigne en ese turno, y el cual se hará cargo de su atención médica quirúrgica. Esta situación se agudiza en casos de urgencias médicas o traumatológicas, en donde en muchas ocasiones el mejor hospital es el más cercano a su domicilio.

Es aquí donde la actuación bioética del profesional será determinante para una buena relación médico paciente y que en un futuro le refieran nuevos pacientes.

La pérdida de la relación médico paciente, la falta de confianza y la deshumanización de la medicina, han propiciado muchas demandas legales.

Los consejos de medicina general y de especialidad pretenden que sus profesionistas alcancen los estándares técnicos y éticos que la población requiere, para mejorar la calidad de la atención médica, como un método regulatorio y selectivo, que atenúa al cirujano su responsabilidad en los casos de errores iatrogénicos.

El nacimiento de la bioética que Elio Sgreccia definió como: "Filosofía moral que considera lo lícito de los actos relacionados con la vida del hombre y particularmente de aquellos actos relacionados con la práctica y el desarrollo de las ciencias médicas y biológicas", se considera como un parteaguas hacia la modernidad en el ejercicio de la medicina<sup>(4)</sup>.

Por lo tanto, la ética médica es norma de nuestra conducta, código y ciencia del deber moral, de responsabilidad que la ley y la sociedad, las academias y las instituciones de enseñanza superior imponen al ejercicio profesional de la cirugía.

Dentro de estos principios éticos de la práctica de la cirugía se encuentra el consentimiento informado, binomio de

corresponsabilidad, la confidencialidad, el paciente crítico, la cirugía de urgencia.

¿Qué debe hacer el cirujano?: minimizar el dolor y el riesgo quirúrgico, aceptar un riguroso programa de entrenamiento intelectual y manual para ejercer su profesión, y tener muy presentes los derechos del paciente como su dignidad, tolerancia y respeto absoluto a sus deseos.

Hay que tomar en cuenta que el paciente sabe intuitivamente que la cirugía lo va a agredir antes de curarlo y confía en que con ética tratarán de disminuir la agresión y aumentar su posibilidad de curación.

¿Qué tan rígida debe ser la moral en la cirugía? y ¿qué tan rígidos deben ser el carácter, la soberbia y la conducta del cirujano?<sup>(5)</sup>.

Para ello siempre debemos tener en mente los derechos básicos del paciente:

Aun siguiendo los principios éticos, el cirujano adopta el papel de autoridad y el paciente de subordinado, como una situación inherente al binomio médico-paciente.

Cuando llevamos a la práctica los preceptos de la bioética, nos encontramos en casos particulares como los pacientes.

El cirujano debe hacer un análisis ético de estos cuatro conceptos<sup>(6)</sup>:

1. Virtudes de la cirugía.
2. Consecuencias de la cirugía.
3. Derechos del paciente.
4. El principio de justicia e igualdad.

El ejercicio profesional dinámico del cirujano al ejecutar procedimientos quirúrgicos debe tener presente:

1. El informe de consentimiento confidencial.
2. Determinación de la muerte.
3. El paciente de emergencia.
4. Pacientes con riesgo quirúrgico alto.
5. Pacientes en estado terminal.
6. Pacientes que son familiares amigos o colegas.
7. Pacientes para investigación e innovación quirúrgica.
8. Obligaciones del cirujano con el resto de personal no médico.
9. Relación financiera con el paciente.
10. Relación con los seguros y compañías que cubren los gastos médicos.

En el caso de la atención de urgencia el cirujano debe atender a tres hechos a pesar de que 50% de los datos clínicos son erróneos o falsos:

Primer: el principio general de preservar la vida,

Segundo: saber que la mayoría de los pacientes desea proteger su vida por el médico en momentos que no hay tiempo para un consentimiento previo.

Tercero: reducción de la mortalidad a pesar de un tratamiento quirúrgico agresivo.

Dicha atención debe hacerse en la primera hora, denominada la Hora Dorada y cuyas decisiones quirúrgicas deben hacerse con calma, bien pensadas y simples, recordando tres verdaderas emergencias: vía aérea permeable, cohibir una hemorragia y hematoma subdural.

A veces es conveniente esperar los resultados de los métodos complementarios de diagnóstico para el éxito de la intervención quirúrgica.

En su atención se deben considerar los principios éticos de aquellos pacientes que no van a sobrevivir a pesar del tratamiento o pacientes que van a sobrevivir pero con daño al sistema nervioso central o pacientes que van a sobrevivir con alto grado de discapacidad o pacientes con baja probabilidad de sobrevivir pero con una buena calidad de vida en caso de hacerlo.

Debemos tomar en cuenta el alto costo de la atención médica, el éxito muy limitado, supervivencia muy corta, su calidad de vida posterior ante tratamientos inapropiados, ligeros o poco útiles.

La práctica de operaciones innecesarias constituye en nuestro tiempo un problema trascendente de la ética médica, donde los comités de tejidos, los cuales se crearon en 1950<sup>(7)</sup>, con la propuesta y conveniencia de llevar a efecto auditorias privadas para conocer la morbi-mortalidad de cada cirujano en especial. Estos comités juegan un papel preponderante, porque nos permite hacer un análisis retrospectivo de nuestra propia actuación. Epidemiológicamente como en el campo de la apendicitis aguda existen estadísticas que justifican hasta en 20% la extirpación del apéndice clínicamente justificable pero anatómopatológicamente sano<sup>(8)</sup>.

Se consideran operaciones innecesarias las operaciones indicadas en padecimientos con escasos síntomas, sin patología demostrada y sin alguna situación que ponga en peligro la vida; operaciones de las que no se obtengan tejidos y que la clínica no la justifique; operaciones que sean objeto de discusión y divergencia, de juicios entre expertos en el problema; operaciones para aliviar síntomas perfectamente tolerables; operaciones que han perdido actualidad y son obsoletas o que se han desacreditado, y operaciones con poca justificación clínica que sólo buscan el beneficio personal del médico<sup>(9)</sup>.

Las compañías de seguros y los propios pacientes solicitan una segunda opinión que justifique el acto quirúrgico, situación que se ha agudizado por la gran cantidad de información.

La bioética es el común denominador para conocer si se trata de una cirugía defensiva o por falta de fundamentos cognoscitivos, o fines lucrativos o abuso en la utilización de nuevos instrumentos o nuevas tecnologías por presiones ajenas a la calidad de la atención médica.

El capítulo de daño iatrogénico lo iniciamos definiendo que la iatrogenia es toda alteración en el estado del paciente producido por el médico, en donde este vocablo es confuso y su connotación de daño iatrogénico sea la correcta.

Existen daños iatrogénicos esperados en un alto porcentaje al practicar la cirugía y que originan secuelas.

Es conveniente analizar la definición de Harrison, que en forma demostrativa dice que es el efecto indeseable que puede evitarse, cuando el médico es más cuidadoso, prudente y tiene mejores conocimientos.

Los avances científicos y tecnológicos modifican nuestra manera de entender las enfermedades, en consecuencia, su escala de valores éticos, sociales y legales, serán cada vez diferentes de nuestros valores tradicionales.

Es indudable que el progreso científico de la medicina resalta el equilibrio que la bioética les puede proporcionar, con un renovado interés en los derechos de los pacientes, que deben ser cabalmente respetados.

La bioética es el puente entre el saber científico y el saber humanístico, para la supervivencia del ecosistema que nos rige.

En la declaración de los derechos de los pacientes en 1981 y 1995 se establece la calidad de los servicios médicos, la autodeterminación, la información, la confidencialidad y el respeto a la dignidad.

Sin embargo, en la atención de pacientes críticos, las transfusiones y los trasplantes han ocasionado daño iatrogénico por SIDA o hepatitis por virus B a pesar de las estrictas regulaciones y controles.

La creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en 1996, instancia especializada para recibir, analizar y resolver las controversias entre el médico y el paciente, tiene la ventaja de discutir el problema en un ámbito médico legal y no puramente jurídico, como puede ser el ministerio público.

La ética en el reporte de los hallazgos quirúrgicos, de la descripción de la técnica y los resultados, son básicos para el pago de la atención médica quirúrgica por parte de las compañías aseguradoras, estando en juego los criterios de enfermedades preestablecidas o congénitas.

Si analizamos los principios de ética para la investigación científica como el principio de respeto por las personas, principio de beneficencia con máximos beneficios con los daños y errores mínimos y principio de justicia, en donde Beauchamp y Childress categorizan la acción de beneficencia en:

- a. Hacer o fomentar el bien.
- b. Evita causar mal o daño.
- c. Reparar el daño cuando se cause.

Se recomienda no hacer daño, a menos que el daño esté intrínsecamente relacionado con el beneficio por alcanzar.

Nuestra vivencia en el nacimiento de la cirugía laparoscópica en el año de 1987 me llevó a reflexionar lo siguiente,

la primera cirugía se llevó al cabo sin el seguimiento rígido de los mandatos de la bioética y su aprendizaje fue controvertido y difícil.

En ocasiones se desdeñaron los principios médico quirúrgicos y la práctica de la colecistectomía por laparoscopia, la cual fue satanizada durante los primeros cinco años, actualmente es el procedimiento de elección en la patología de la vesícula biliar.

Es posible que en un futuro lejano se recuerde al siglo XX como la época más brillante de la humanidad y donde el genio alcanzó las cimas de la creatividad de la cirugía.

La confusión surge cuando la ciencia y la tecnología en su avance rebasan al humanismo, cuando éstas no crecen a la medida del hombre y de sus necesidades, sino de sus intereses, cuando el imperio de la máquina es más poderoso que el creador mismo y cuando se considera que el servicio sólo es posible al través de la tecnología de punta, y esto sucede cuando se le otorga el poder al robot, la cirugía de telepresencia, como en la cirugía de guerra o cuando el cirujano de alta especialidad no puede llegar a sitios lejanos en donde la brecha entre pobres y ricos se agranda y el humanismo profesional se aleja y la admiración crece hacia los robots<sup>(10)</sup>.

Este desarrollo tecnológico de la cirugía es la causa del deterioro de la relación médico paciente, en donde no debemos de perder una virtud innegable de que es insustituible su "majestad la clínica".

En este nivel es donde debe surgir la conciencia de las Academias, de las Escuelas y Facultades de Medicina en forma crítica, quienes regulan y norman la conciencia de los nuevos cirujanos, sin perder el progreso científico y la obje-

tividad que exige nuestra realidad, para continuar con un equilibrio entre la bioética, el humanismo y el avance tecnológico en el presente y en el futuro.

Esto se logra confiando en la capacidad y potencialidad de las nuevas generaciones, en donde los principios bioéticos deben ser básicos en la enseñanza de la medicina desde sus inicios, inculcándoles los principios morales para mejorar su calidad humana.

## Referencias

1. Rivero-Serrano O, Tanimoto M. El ejercicio actual de la medicina. 1<sup>st</sup> ed. México: Siglo Veintiuno. Editores, Facultad de Medicina UNAM;2000.
2. Le Porrier H. El médico de Córdoba. 1<sup>st</sup> ed. México: Grijalbo;1998.
3. Ávila HR. El tribunal del protomedicato en Nueva España, su organización administrativa. Bol Mex Hist Fil Med 1987;X:13-22.
4. Velasco Suárez M, Cano Valle F. Bioética. 1<sup>st</sup> ed. México. Editorial Piensa;1998.
5. Baruch A, Brody, Engelhardt HT Jr. The major moral considerations. Bioethics: readings and cases. Baruch A, Brody, Engelhardt HT Jr, editors. Englewood Cliffs, NJ, USA: Prentice-Hall, Inc; 1987.pp.3-33.
6. McCullough LB, Jones JW, Brody BA. Surgical ethics. 1<sup>st</sup> ed. New York: Oxford University Press;1998.
7. Lembcke PA. Measuring the quality of medical care through vital statistics based on hospital services areas. Comparative study of appendectomy rates. Am J Public Health 1952;42:276-286.
8. Wysocki A, Bolt L, Pozniczek M. Changing views in the 20<sup>th</sup> century regarding acute appendicitis. Arch Hist Filoz Med 2000;63(3-4):258-264.
9. Stroman DF. Unnecessary surgery. New York: Kennikat;1979.
10. De la Torre BA. Fin de siglo o los extravíos de la cirugía. Cir Ciruj 1999;67(6):193-194.
11. Athié GC. El futuro de la cirugía. Cir Ciruj 2001;69(2):51-52.

