

Sección Bioética

Implicaciones bioéticas en cáncer de mama. Mastectomía radical vs lumpectomía

Pérez-Garmendia R. (1), Garzon-Muvdi J. (1), Castillo-Montero A. G. (2), Dávila-Díaz R. (1), Márquez-Espriella C. (1)

(1) Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva Hospital de Alta Especialidad PEMEX Sur, (2) Departamento de Cirugía General Unidad Médica de Alta especialidad del Bajío, IMSS

Resumen

Los avances científicos y biotecnológicos, así como la aparición de factores sociales y jurídicos en el mundo de la salud, han llevado, especialmente a la medicina a reconsiderar su estudio y su práctica. Las expectativas actuales tanto de médicos, como de los pacientes y de sus familiares, sobrepasan los objetivos clásicos de la atención médica. Hasta hace unos años el tratamiento del carcinoma mamario era la mastectomía radical clásica, con o sin radioterapia post-operatoria. Sin embargo, en la actualidad con la lumpectomía, el criterio terapéutico se ha modificado, hay un mayor conocimiento de la historia natural de la enfermedad, existen fármacos más efectivos y en la medicina actual la importancia de la calidad de vida que tenga la paciente después del tratamiento es de suma importancia. Hay documentos que afirman que la mastectomía lleva consigo efectos indeseables a la mujer. La mastectomía a diferencia de la lumpectomía, es un procedimiento quirúrgico más invasivo, es común encontrar en la paciente depresión, ansiedad, insomnio, vergüenza, inseguridad, ideas de suicidio y sentimientos de minusvalía, afectando de forma significativa su "calidad de vida". Se debe de considerar todos los factores y las posibles consecuencias de los actos médicos y procurar no solo tomar en cuenta a la enfermedad como tal. Se necesita integrar para así poder brindar mejores resultados que se traducen en una mejor recuperación y calidad de vida.

Palabras clave: Bioética, lumpectomía, mastectomía, implicaciones, radical.

Abstract:

With the advances in the medical field a set of new social and legal factors have emerged, forcing health providers to reconsider their medical practice. New expectations from medical providers and patients exceed the classical objectives of medical attention. Few years ago the treatment against breast cancer was mastectomy, with or without radiation therapy. Now with a better understanding of the disease, with better drugs and with a less invasive surgical technique (lumpectomy), the quality of life after treating the disease is one of the most important factors. It is well known that a mastectomy brings depression, anxiety, shame, lack of confidence and suicidal ideas affecting the patient's quality of life. It's of great importance to provide a holistic treatment, taking in consideration the results that may affect patient satisfaction and quality of life.

Keywords: Bioethical, lumpectomy, mastectomy, implications, radical.

Los avances científicos y biotecnológicos, así como la aparición de factores sociales y jurídicos en el mundo de la salud, han llevado, especialmente a la medicina a reconsiderar su estudio y su práctica. Las expectativas actuales tanto de médicos, como de los pacientes y de sus

familiares, sobrepasan los objetivos clásicos de la atención médica.

El modelo unilateral de decisión terapéutica ha sido forzado al cambio por la relación entre las diferentes y

múltiples áreas de la salud. Economía, política y derecho, entre otros muchos campos del conocimiento, presionan las decisiones médicas, haciendo que las acciones de salud se vuelvan difíciles y en ocasiones polarizadas.

Los objetivos tradicionales del acto médico, están orientadas básicamente a prevenir, conservar y restablecer la salud, evitar complicaciones y las secuelas, especialmente evitar la muerte.¹ Los médicos han ido incorporando nuevos conocimientos y tecnologías a su práctica profesional y, mediante habilidades y destrezas clínicas específicas, los aplican -en general- en beneficio de los pacientes.²

Por este motivo, en las últimas décadas la relación médico-paciente, al igual que los fines propios del acto médico, se ven afectados provocando que en algunas ocasiones, que los pacientes al ser atendidos, sufran de una cierta des-humanización en el trato.

Paralelamente, la sociedad ha alcanzado (en muchos casos) un nuevo marco de valores: el respeto a la dignidad de la persona humana, la eliminación de desigualdad por credo, raza, o posición social; todo esto junto a la libertad de conciencia y la gran pluralidad que ofrece el mundo actual, ha conducido al reconocimiento de los 4 principios bioéticos enunciados por Beauchamp y Childress, no maleficencia, justicia, beneficencia, así como el derecho a participar en las decisiones que a cada uno le concierne (Autonomía);³ entre otros principios como el principio de proporcionalidad terapéutica, principio de totalidad corporal, afecten de forma determinante el cauce a seguir para el tratamiento de las enfermedades.

Unos de los principales problemas de salud pública, es sin duda el cáncer mamario. Es el cáncer más frecuente en las mujeres tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. La incidencia de cáncer de mama está aumentando en el mundo en desarrollo debido a la mayor esperanza de vida, el aumento de la urbanización, entre otros.

Representa el 16% de todos los cánceres femeninos. Se estima que en 2004 murieron 519 000 mujeres por cáncer de mama y, aunque este cáncer está considerado como una enfermedad del mundo desarrollado, la mayoría (69%) de las defunciones por esa causa se registran en los países en desarrollo (OMS, Carga Mundial de Morbilidad, 2004).

Las tasas de supervivencia del cáncer mamario varían mucho en todo el mundo, desde el 80% o más en América del Norte, Suecia y Japón, pasando por un 60% aproximadamente en los países de ingresos medios, hasta cifras inferiores al 40% en los países de ingresos bajos.⁴

Las bajas tasas de supervivencia observadas en los países poco desarrollados pueden explicarse principalmente por la falta de programas de detección precoz, que hace que un alto porcentaje de mujeres acudan al médico con la enfermedad muy avanzada, pero también por la falta de servicios adecuados de diagnóstico y tratamiento.⁵

Hasta hace unos años el tratamiento del carcinoma mamario era la mastectomía radical clásica, con o sin radioterapia post-operatoria. Sin embargo, en la actualidad el criterio terapéutico se ha modificado, hay un mayor conocimiento de la historia natural de la enfermedad, existen fármacos más efectivos y en la medicina actual, la importancia de la calidad de vida que tenga la paciente después del tratamiento, juega un papel primordial.

Se ha comprobado, que este tipo de cirugía no tiene ventaja significativa sobre la lumpectomía. En estudios observacionales realizados en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, se concluyó que la mastectomía no tenía ventaja pronóstica sobre la lumpectomía acompañada de radiación.

Se estudiaron a 112,000 mujeres diagnosticadas con la enfermedad, entre el año 1994 y 2004 se monitorearon las secuencias de la mastectomía radical vs la lumpectomía. El 55% de las mujeres estudiadas cursaron por el tratamiento conservador (lumpectomía con radiación) y el 45% restante fue sometido al tratamiento radical (mastectomía).⁶ Después de un seguimiento no menor a los nueve años se concluyó que el pronóstico y la supervivencia es igual entre ambos tratamientos,⁷ sin embargo, la mastectomía presenta complicaciones psicológicas, personales y en ocasiones médicas, más severas que las presentadas en pacientes sometidos al tratamiento conservador.

Estas conclusiones no difieren a las establecidas en 1990 por los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos.

Hay documentos que afirman que la mastectomía lleva consigo efectos indeseables a la mujer. La mastectomía a diferencia de la lumpectomía, es un procedimiento quirúrgico más invasivo, es común encontrar en la paciente depresión, ansiedad, insomnio, vergüenza, inseguridad, ideas de suicidio y sentimientos de minusvalía,⁸ afectando de forma significativa su "calidad de vida".⁹

La calidad de vida es un término ampliamente usado por sociólogos, filósofos, políticos y por profesionales de la salud. Este se usa por primera vez en la Ética a Nicómaco, escrita por Aristóteles que data del año 330 A.C. en ésta se reconoce la relación directa entre felicidad y calidad de vida.

Considerando esto se entiende que dicho concepto se refiere a la disfunción física y emocional de individuo, así como los aspectos subjetivos como es la satisfacción, y que del mismo modo se ve afectado de manera indirecta por la presencia de incapacidades o pérdida de habilidades.¹⁰ Todos estos rubros se consideran y se agrupan para formar la sensación de bienestar del paciente y no la opción del proveedor sanitario.

Toda secuela postquirúrgica ya sea física o psicológica va a repercutir de gran manera en la adaptación de la paciente y en su calidad de vida. Se debe de considerar todos los factores y las posibles consecuencias de los actos médicos y procurar no solo tomar en cuenta a la enfermedad como tal. Se necesita integrar para así poder brindar mejores resultados que se traducen en una mejor recuperación y por lo tanto “calidad de vida”.

La imagen corporal es un concepto que se ha interpretados en diversas maneras, sin embargo, la definición más aceptada es la otorgada por Prince¹¹ quien la describe como “la totalidad de cómo uno se siente y piensa en su propio cuerpo y apariencia”. Esta definición incorpora tres elementos de gran importancia:

1. La realidad del cuerpo, siendo este uno de los puntos más objetivos donde se puntualizan los cambios anatómicos como en el caso de las amputaciones.
2. El cuerpo ideal, este punto tiene un carácter subjetivo y depende de cada persona.
3. La presentación del cuerpo a lo que se refiere, como se presenta el cuerpo en el ambiente extremo considerando los conceptos de belleza dictados por la sociedad.

Podemos afirmar por lo tanto que: la mastectomía afecta en gran manera la calidad de vida de los pacientes.¹²

Se ha argumentado, sin embargo, que la cirugía reconstructiva de mama mejora la imagen y la apariencia física, pero el estado de ánimo, la ansiedad, la incertidumbre, el sentimiento de minusvalía, no mejoran de manera significativa tras la reconstrucción mamaria.^{13,14}

Otros de los efectos negativos que se presentan en pacientes que son sometidas a una mastectomía radical son los que se asocian con la sexualidad de la paciente. Los efectos secundarios sexuales más comunes surgen del daño a los sentimientos de la mujer sobre su atractivo. En nuestra cultura, se nos enseña a ver los senos como

una parte básica de la belleza y feminidad. Si se le extirpa un seno, es posible que una mujer se sienta insegura, que se cuestione si su pareja la va aceptar y a encontrar sexualmente atractiva. Otro de los efectos secundarios resultantes de esta mutilación es la pérdida de sensibilidad, así como dolor crónico de tórax y hombros. Es mucho el dolor físico y emocional por el que tienen que pasar las mujeres que fueron sometidas a este procedimiento quirúrgico radical.

La cirugía conservadora del seno acompañada de radiación, se percibe por la comunidad científica como un tratamiento superior para atender al cáncer de mama de diagnóstico temprano ya que, es menos invasivo, preserva el seno, y por ende reduce alteraciones sexuales, problemas cosméticos y secuelas psicológicas postquirúrgicas.¹⁵ Hay evidencia empírica que sugiere que las pacientes sometidas a terapias que conserven el seno se adaptan con mayor facilidad y regresan a su vida cotidiana más temprano.¹⁶

Por todo lo anterior, es necesario que, ante un diagnóstico de cáncer de mama, se estudien de forma razonada y fundamentada, basada al mismo tiempo en la experiencia, todas las posibilidades existentes, para el tratamiento del padecimiento, al mismo tiempo que se analicen los efectos secundarios que presentaran las pacientes tanto físicos, como emocionales.¹⁷

En la ética médica el principio de no maleficencia (primum non nocere) es el más importante, este principio dicta que el médico debe abstenerse de hacer acciones que puedan hacer daño o perjuicio a sus pacientes, ya sea de manera directa o indirecta. Este no es un principio exclusivo del área médica, sin embargo con ella, adquiere una interpretación especial, ya que en muchas ocasiones los procedimientos médicos tienen que regirse por el principio de doble efecto (hacer un daño para hacer un bien) Es decir el principio por el cual es posible realizar un acto que produzca un resultado malo.¹⁸

En el caso del tratamiento de cáncer de mama, a través de la mastectomía radical, el efecto malo sería la extirpación total del seno, pero con el objetivo claro de salvar la vida y tener un pronóstico de vida adecuado, al igual que una buena calidad de vida para la paciente.

Sin embargo, en caso de que existiera otro medio para lograr los mismos fines, como es el caso de la lumpectomía, y se tomara la decisión argumentando la seguridad y las posibilidades no fundamentas de un mayor éxito en la recuperación del paciente, este principio se vería afectado al igual que el principio de no maleficencia.



Por otro lado, el principio de no maleficencia se vincula fuertemente con el principio de beneficencia dictando que prevalezca el beneficio sobre el perjuicio.

Ante este dilema habría que preguntarse si el médico está promoviendo el mejor interés del paciente.

Cuando se realiza un diagnóstico de cáncer lo primero que llega a la mente de todo paciente es de removerlo, y ese pensamiento es lógico y entendible. El cáncer de mama diagnosticado tempranamente, no es la excepción. Cuando existe más de una opción terapéutica, como es este caso, se debe procurar considerar la decisión del paciente e informarle de todos los aspectos de ambos tratamientos.

El médico posee una formación que se acompaña de conocimientos que el paciente carece, por lo que sabe y decide los que es conveniente para este.

Es necesario que el médico informe claramente, completamente y concisamente al paciente, todos los aspectos a considerar ante los diversos procedimientos, tratamientos y pronósticos al igual que los efectos secundarios de cada uno de ellos para que el paciente pueda tomar la decisión que vea más oportuna para él, y de esta manera respetar su autonomía y libertad.

De esta manera el modelo para la toma de decisiones deja de ser un modelo paternalista, donde el médico decide cuál es el paso a seguir, y pasa a ser un modelo de carácter informativo.

En este modelo informativo el profesional de la salud debe de externar a su paciente toda la información que involucre ambos procedimientos y permitir que el paciente junto con sus familiares tome la decisión que les parezca conveniente. Ggagnoli y Ward concluyen la participación de los pacientes en la toma de decisiones se justifica en grados variable y que los médicos tienen el deber de invitar a que estos tomen decisiones, siempre y cuando, exista más de una opción terapéutica efectiva, como es el caso de cáncer de mama.¹⁹

Si no se le brinda al paciente información concisa y se le explican detalladamente las alternativas terapéuticas para su padecimiento, como en este caso el cáncer de mama, estamos violando estos principios de los cuales el paciente tiene derecho. Solo se está tratando a la enfermedad y no al padecimiento, estamos dejando a un lado todos los factores que se asocian al cáncer y al tratamiento radical. Y es que la preocupación es que, existiendo dos alternativas

terapéuticas con pronósticos de sobrevida similares, siga en aumento el uso del procedimiento invasivo, sin presentar evidencia científica que avale dicha tendencia. Si se deja de considerar el bienestar integral de todo aquel individuo que presenta enfermedades como el expuesto en este caso, entonces, estamos tratando enfermedades y dejamos de atender personas. Solo se administra un tratamiento específico para la enfermedad y no se emite una terapéutica integral, considerando todos los factores que afectan al individuo.

La cirugía de mama es un tema complejo desde el punto de vista clínico, de investigación y ético, tenemos que aceptar que el paciente es autónomo y que dentro de sus derechos cuenta con la percepción y explicación detallada de su padecimiento y las opciones terapéuticas ya sean médicas o quirúrgicas de las que dispone, así como sus pros y sus contras. Esto es básicamente proporcionarles las herramientas necesarias para la toma de decisiones.

Con el advenimiento de nuevas técnicas quirúrgicas y la disposición de mejores y más sofisticados equipos médicos, como en el caso de la cirugía conservadora y reconstructiva de mama, se ha dado inicio a una tendencia, de brindar una atención holística e integral. Los pacientes comienzan a informarse cada vez más y a considerar la cirugía menos invasiva. Se deja a un lado la costumbre de solo evaluar los índices de mortalidad y pronóstico y se les suman los índices de satisfacción de calidad de vida.

Hace más de 30 años Donabedian argumentó que para poder evaluar la calidad del servicio de salud, se tenían que incluir no solo la capacidad de preservar la vida y la salud, si no también, la calidad de vida post-tratamiento y la satisfacción del paciente.²⁰

En otras palabras, los servicios sanitarios no pueden ser considerados de calidad a menos de que el paciente esté satisfecho.

Hoy con el incremento de la competitividad en el sector salud, el tema de calidad del servicio es directamente proporcional al resultado en la calidad de vida del paciente. Este argumento vuelve el tema en algo muy controversial entre los profesionales de la salud y entre los pacientes. Aún tenemos que recorrer un largo camino, para mejorar la calidad en la atención que se brinda a las mujeres con cáncer de mama. Se tiene que explicar a detalle al paciente todas las modalidades terapéuticas disponibles y dejar en el pasado, la falta de información que se brinda a los pacientes.

Es necesario informar de forma adecuada, la igualdad en las posibilidades de sobrevivir a las pacientes con cáncer de mama, entre la mastectomía radical y la lumpectomía asociada a radioterapia. Considerando esto, los esfuerzos para una buena praxis médica deben concentrarse principalmente en brindar una buena calidad de vida a las pacientes con diagnóstico temprano de cáncer de mama. Del mismo modo se tiene que considerar brindar una evaluación psicológica adecuada de manera pre quirúrgica y brindar apoyo psicológico adecuado después de la crisis.

Está en las manos del personal de salud, ver más allá del frío tratamiento quirúrgico contra el cáncer de mama e implementar una atención holística integral.

La calidad de vida es un término ampliamente usado por sociólogos, filósofos, políticos y por profesionales de la salud. Este se usa por primera vez en la *Ética a Nicómaco*, escrita por Aristóteles que data del año 330 A.C. en ésta se reconoce la relación directa entre felicidad y calidad de vida.²¹

Considerando esto se entiende que dicho concepto se refiere a la disfunción física y emocional de individuo, así como los aspectos subjetivos como es la satisfacción y que del mismo modo se ve afectado de manera indirecta por la presencia de incapacidades o pérdida de habilidades.²² Todos estos rubros se consideran y se agrupan para formar la sensación de bienestar del paciente y no la opción del proveedor sanitario.

Toda secuela postquirúrgica ya sea física o psicológica va a repercutir de gran manera en la adaptación de la paciente y en su calidad de vida. Se debe de considerar todos los factores y las posibles consecuencias de los actos médicos y procurar no solo tomar en cuenta a la

enfermedad como tal. Se necesita integrar para así poder brindar mejores resultados que se traducen en una mejor recuperación y calidad de vida.

La imagen corporal es un concepto que se ha interpretados en diversas maneras, sin embargo, la definición más aceptada es la otorgado por Prince²³ quien la describe como “la totalidad de cómo uno se siente y piensa en su propio cuerpo y apariencia”. Esta definición incorpora tres elementos de gran importancia:

1. La realidad del cuerpo, siendo este uno de los puntos más objetivos donde se puntualizan los cambios anatómicos como en el caso de las amputaciones.
2. El cuerpo ideal, este punto tiene un carácter subjetivo y depende de cada persona.
3. La presentación del cuerpo a lo que se refiere, como se presenta el cuerpo en el ambiente extremo considerando los conceptos de belleza dictados por la sociedad. Es por estos puntos que la mastectomía afecta en gran manera la calidad de vida de los pacientes.²⁴

Con toda la evidencia presentada se ha argumentado que la cirugía reconstructiva de mama mejora la imagen y la apariencia física, pero el estado de ánimo, la ansiedad, la incertidumbre, el sentimiento de minusvalía y en general la calidad de vida no mejoran de manera significativa tras la reconstrucción mamaria.^{25,26}

Contacto:

Dr. Juan Garzón Muvdi
Correo electrónico: garzonmuvdi@gmail.com
Telefono 8441004083.
Direccion: Fuentes del Pedregal, 14140 Mexico City, CDMX

Referencias bibliográficas

1. Casas M. Bases Bioéticas. México: Trillas; 2008.
2. Goic G, Alejandro. (1999). Tendencias de la medicina actual. *Revista médica de Chile*, 127(9), 1136-1138. Recuperado en 17 de junio de 2014.
3. Tom L. Beauchamp-James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics* (o.c), p. 191
4. Coleman MP et al. (2008). Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). *Lancet Oncol*, 9, 730-56.
5. <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>
6. Hwang ES, Lichtensztajn DY, Gómez SL, Fowble B, Clarke CA. Survival after lumpectomy and mastectomy for early stage invasive breast cancer: the effect of age and hormone receptor status, *Cancer* 2013. Apr 1; 119 (7): 1402-11. Doi: 10.1002/cncr.27795. Epub 2013. Jan 28



7. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: The treatment of Early Stage Breast cancer. Bethesda, MD: Author; 1990.
8. Wording JW, Weisman AD. The fallacy in post mastectomy depression *Am J Med Sci.* 1977; 273: 169-75
9. Schipper H, Clinch J, Olweny C. Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials. 2ª ed. Lippincott: Philadelphia; 1996. Quality of life studies: definitions and conceptual issues; pp. 25-35
10. Patrick D, Erickson P. Oxford University Press. New York; 1993. Health status and health policy: Quality of life in health care evaluation and resource allocation.
11. Price B. A model for body-image care. *J Adv Nurs.* 1990; 15: 585-593
12. Rytina S. Imagined ugliness. *Sci Am Mind.* 2008; 19:72-77
13. Hart, S, Meyerowits BE, Apolone G, Masconi P, Liberati A. Quality of life among mastectomy patients using external breast prostheses. *Tumori.* 1997; 83:581-586
14. Wellish DK, Dimatteo R, Silversteim M. Psychosocial outcomes of breast cancer therapise: lumpectomy versus mastectomy. *Psychosomatics.* 1989; 30:365-373
15. Margolis GJ, Goodman RL, Rubin A, Pajac TF. Psychological factors in the choice of treatment breast cancer. *Psychosomatics.* 1989 Spring; 30(2): 192-7
16. Levy SM, Herberman RB, Lee JK Lippman ME, D Angelo T. Breast conservation versus mastectomy: distress sequel as a function of choice. *J Clin Oncol* 1989 Mar; 7(3): 367-75
17. González F. Tratamiento quirúrgico del carcinoma mamario. *Rev. Instituto Nacional de Cancerología. Méx;* 32(3/4):212-7, sept-dic. 1986
18. <http://www.bioeticahoy.com.es/2010/02/principio-de-doble-efecto.html>
19. Guadagnoli E., Ward P review Patient participation in decision-making. *Soc. Sci Med.* 1998 Aug; 47 (3): 329-39
20. Schipper H, Clinch J, Olweny C. Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials. 2ª ed. Lippincott: Philadelphia; 1996. Quality of life studies: definitions and conceptual issues; pp. 25-35
21. Schipper H, Clinch J, Olweny C. Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials. 2ª ed. Lippincott: Philadelphia; 1996. Quality of life studies: definitions and conceptual issues; pp. 25-35
22. Patrick D, Erickson P. Oxford University Press. New York; 1993. Health status and health policy: Quality of life in health care evaluation and resource allocation.
23. Price B. A model for body-image care. *J Adv Nurs.* 1990; 15: 585-593
24. Rytina S. Imagined ugliness. *Sci Am Mind.* 2008; 19:72-77
25. Hart, S, Meyerowits BE, Apolone G, Masconi P, Liberati A. Quality of life among mastectomy patients using external breast prostheses. *Tumori.* 1997; 83:581-586
26. Wellish DK, Dimatteo R, Silversteim M. Psychosocial outcomes of breast cancer therapise: lumpectomy versus mastectomy. *Psychosomatics.* 1989; 30:365-373