Documento descargado de http://www.elsevier.es:443 el 20/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Localizador web
Artículo 29.944

Los contenidos bioéticos en la revista CIRUGÍA ESPAÑOLA (1970-2000)

B. Acea Nebril
Hospital Juan Canalejo. La Coruña.

Resumen

Se realiza una revisión de los artículos publicados durante los últimos 30 años en la revista CIRUGÍA ESPAÑOLA con objeto de seleccionar y discutir aquellos en donde han sido analizados diferentes contenidos bioéticos relacionados con la práctica quirúrgica. El estudio de estos contenidos ha demostrado la existencia de una sensibilidad latente a diferentes problemáticas bioéticas relacionadas con la cirugía, especialmente las vinculadas con la indicación quirúrgica y la formación del cirujano. Estos contenidos bioéticos sirven de apoyo para una discusión final en donde se intenta abordar las diferentes alternativas que, desde nuestra asociación y nuestra revista, deben iniciarse para la revalorización de nuestra especialidad.

Palabras clave: *Bioética. Cirugía. CIRUGÍA ESPAÑOLA.*

BIOETHICS CONTENTS IN THE JOURNAL CIRUGÍA ESPAÑOLA (1970-2000)

We reviewed the articles published in the journal Cirugía Española during the previous 30 years to select and analyze articles in which various bioethical questions related to surgical practice were discussed. The analysis revealed latent sensitivity to various bioethical issues in surgery, especially those linked to surgical indication and training. These bioethical contents serve as a basis for a final discussion in which we evaluate the various alternatives which, within the context of the Spanish Association of Surgeons and its official journal, Cirugía Española, should be initiated to reevaluate our specialty.

Key words: *Bioethics. Surgery. Cirugía Española.*

(*Cir Esp* 2001; 69: 380-385)

Introducción

En junio de 1969 la Asociación Española de Cirujanos (AEC) tomó la decisión de modificar los aspectos editoriales y científicos de su órgano de expresión, *Cirugía, Ginecología y Urología*, acompañándose de un cambio en la denominación de la revista que pasó a designarse CIRUGÍA ESPAÑOLA. Según Rafael Vara López[1], presidente de la AEC en ese momento, se pretendía recoger la producción científica nacional y los manuscritos con contenidos experimentales. Desde entonces, CIRUGÍA ESPAÑOLA ha reflejado fielmente la labor científica nacional, pero al mismo tiempo se ha convertido en el foro de discusión de diferentes aspectos relacionados con la práctica quirúrgica que, en muchas ocasiones, trascienden más allá de la discusión de los aspectos estrictamente técnicos. Cuando el autor de este artículo decidió la revisión de los contenidos bioéticos en la práctica quirúrgica, comprendió que podía realizarse una primera aproximación a esta problemática mediante el estudio de las aportaciones realizadas en CIRUGÍA ESPAÑOLA durante sus 30 años de existencia, habida cuenta de su representabilidad y trascendencia dentro de la comunidad quirúrgica española. Se imitó así la metodología llevada a cabo por Rollins Hanlon[2], quien recientemente revisó las publicaciones realizadas en el órgano oficial del American College of Surgeons, la revista *Journal of American College of Surgeons* (anteriormente denominada *Surgery, Gynecology and Obstetrics*), demostrando que los contenidos bioéticos relacionados con la práctica quirúrgica, lejos de ser una problemática reciente en la comunidad quirúrgica americana, se encontraban ya reflejados en sus publicaciones desde principios del siglo XX. Estos resultados animaron a la realización del presente estudio con

Correspondencia: Dr. B. Acea Nebril.
Plaza del Exilio, 3, 1.º A. Santa Cruz de Oleiros. 15179 La Coruña.
Correo electrónico: homero@canalejo.org

Aceptado para su publicación en noviembre del 2000.

Documento descargado de http://www.elsevier.es:443 el 20/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

objeto de conocer los conflictos bioéticos que durante los últimos 30 años han estado presentes en nuestra asociación. Para ello, se han seleccionado los artículos de la Revista que directa o indirectamente abordan algún tipo de problemática bioética. La revisión se inicia en el primer número de la revista CIRUGÍA ESPAÑOLA, publicado en 1970 como volumen 25, número 1, al mantener una numeración correlativa con su predecesora, y finaliza en el primer número del año 2000 (volumen 67, número 1), al coincidir en dicho ejemplar dos interesantes publicaciones sobre bioética de la investigación.

El estudio comprende tres apartados. En el primero, se analizarán los cambios acontecidos durante los últimos 30 años en la práctica quirúrgica y que han condicionado una nueva perspectiva de los valores éticos en la cirugía, un aspecto que, como veremos, ya fue identificado por los cirujanos españoles en la década de los setenta. Posteriormente, en el segundo apartado, se estudiarán los contenidos bioéticos que los autores de nuestra Revista han publicado durante las últimas tres décadas, algunos comunes a otras especialidades médicas pero otros claramente específicos de la práctica quirúrgica. Finalmente, el tercer apartado pretende realizar una reflexión sobre los contenidos y conflictos generados en nuestra especialidad, las opciones que desde la AEC podemos realizar y la función de nuestra revista en la difusión y discusión de los mismos.

Los cambios bioéticos en la práctica quirúrgica

La práctica de la cirugía ha originado desde siempre diferentes conflictos éticos que han exigido del cirujano una elevada calidad moral. Para la solución de estos conflictos han sido válidos los códigos deontológicos que han permanecido inalterados desde la época hipocrática hasta hace pocas décadas y que posibilitaron una actividad quirúrgica normal en función de sus dos componentes: el técnico, relativo a los hechos, y el moral, referente a los valores[3-4]. Sin embargo, las décadas de los sesenta y setenta se caracterizan por la aparición de cambios en distintos aspectos de la medicina que precisan una nueva valoración de los comportamientos morales frente a nuevas situaciones técnicas y clínicas. Este nuevo contexto en la ciencia en general, y en la medicina y cirugía en particular, junto a la necesidad de un nuevo orden ético, hace que en 1979 Potter utilice por primera vez el término "bioética", un neologismo en el idioma inglés que, en el ámbito de la medicina, intenta proporcionar un nuevo aspecto a la clásica ética médica y a la deontología profesional. Así, las dos partes que componen dicho neologismo, vida *(bio)* y valores *(ética)*, intenta crear un equilibrio entre el avance del conocimiento biológico y los valores morales.

Pero, ¿cuáles han sido las razones históricas que explican el nacimiento y desarrollo de la bioética? Para esta discusión analizaremos los factores que, según Gracia[5], han influido en la aparición de este nuevo contexto histórico, y que se resumen en tres fenómenos sociales:

1. El avance tecnológico. La segunda mitad del siglo XX se ha caracterizado por una revolución en el conocimiento biológico y tecnológico. La cirugía se ve afectada, especialmente, por el perfeccionamiento en las técnicas de soporte vital que permite el mantenimiento de enfermos quirúrgicos que antaño morían por fracasos multisistémicos. Esta nueva frontera entre la vida y la muerte obliga a cambiar los criterios habituales para la toma de decisiones, ya que de alguna manera el cirujano ha pasado a dirigir dichos fenómenos y, por primera vez, se le plantea el dilema de si lo técnicamente correcto y posible es éticamente aceptable. Además, estas nuevas técnicas de soporte vital provocan la aparición de un nuevo concepto médico y jurídico, la muerte cerebral, que se une inherentemente a la práctica de los trasplantes de órganos, verdadera revolución quirúrgica de finales del siglo XX. La aparición de este nuevo contexto plantea al cirujano nuevos dilemas éticos a los que hacer frente como la verificación de la muerte cerebral, la selección del enfermo a trasplantar, etc. Para ilustrar este apartado es interesante la reflexión de Vara López[6] en su discurso de clausura del IX Congreso Naciona,l en donde comenta que la tecnificación de la cirugía permite afrontar con mayor garantía procedimientos quirúrgicos más invasivos, que en algunos casos pueden rozar la experimentación, y que en casos extremos de deshumanización puede conducir a la utilización del hombre como animal de ensayo, sin reparar en los límites éticos y quirúrgicos. Este autor concluye que este encarnizamiento es fruto de la sustitución del concepto del hombre-enfermo por el de caso clínico.

2. Cambios en la relación médico-paciente. La clásica relación entre el médico y el enfermo se basó en la creencia de que el paciente era un ser incapacitado física y moralmente, y por ello incapaz de cualquier tipo de decisión. Se instaura así una relación asimétrica y vertical en donde el médico manda y el enfermo obedece, en el contexto de una actitud paternalista y con objeto de alcanzar el mayor bien para el paciente pero sin contar con su voluntad. A principios de la década de los setenta comienza a valorarse la relación médico-enfermo como un proceso de negociación entre personas adultas. Esta iniciativa parte de los propios pacientes quienes reivindican el derecho a su consentimiento para la toma de decisión tras haber sido informados adecuadamente. Nace así el concepto de consentimiento informado, que transforma la relación médico-enfermo de tipo vertical e impositiva en otra más horizontal y participativa, basada en el principio de que el profesional posee la información técnica y el paciente adulto la capacidad de consentir o decidir. En España, este nuevo contexto queda plasmado en la Ley General de Sanidad, que en su artículo 10 recoge los derechos del enfermo. La cirugía no es ajena a estos cambios y se ve afectada, quizás, en mayor grado que otras disciplinas no quirúrgicas, ya que en este nuevo modelo de relación el consentimiento al acto quirúrgico se ve condicionado por una información exhaustiva del diagnóstico, problemática en aquellos procesos neoplásicos, y la técnica a llevar a cabo, difícil de explicar en intervenciones de elevado riesgo intra y postoperatorio. Si bien este nuevo modelo puede hacer presuponer que la relación del cirujano con el enfermo quirúrgico gana en madurez, también es cierto que ha ganado en conflictividad, sobre todo patente en la exigencia de los enfermos de técnicas mínimamente invasivas, no disponibles en todos los equipos quirúrgicos.

3. Cambios en la asistencia sanitaria. Tras la crisis económica de los años setenta, los presupuestos sanitarios entraron en crisis e hicieron necesario un replanteamiento de los medios y los fines con objeto de garantizar los sistemas sanitarios. Simultáneamente a esta carestía en los recursos se hace más patente el derecho a la asistencia sanitaria de toda la población, atendiendo a un principio de justicia social que exige que todas las personas tengan cubiertas sus necesidades sanitarias. Surge así un nuevo conflicto ético entre el acceso equitativo de toda la población a los servicios de salud y la limitación y escasez de los recursos. La cirugía también se ve afectada por esta pro-

Documento descargado de http://www.elsevier.es:443 el 20/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

blemática; por un lado, existe un incremento paulatino de pacientes añosos que requieren asistencia quirúrgica dado el avance sufrido en su expectativa de vida; por otro, la carestía cada vez más patente de recursos económicos. La salida a este problema se ha plasmado en el perfeccionamiento de las técnicas mínimamente invasivas y la generalización de las unidades quirúrgicas sin ingreso y de corta estancia.

Los contenidos bioéticos en la revista CIRUGÍA ESPAÑOLA

Contenidos referentes a la relación médico-enfermo

La primera aproximación a la problemática originada en el deterioro de la relación médico-enfermo es abordada por el profesor Vara López[6] en su discurso de clausura, y centra en la socialización de la medicina el origen de este conflicto al provocar una despersonalización tanto en el cirujano como en el enfermo, dentro del contexto de la masificación propia de este modelo. Su comentario coincide, en 1971, con el auge de la Seguridad Social que, según el autor, hace que el enfermo sea considerado como un conjunto de problemas más que una realidad global. Añade el profesor Vara López que la tecnificación de la cirugía tiene un importante papel en el deterioro de esta relación, y para contrarrestarlo propone una adecuada valoración emocional del enfermo; integrar adecuadamente la técnica en la práctica quirúrgica y equilibrar las aportaciones que el logos y el ethos pueden realizar al arte.

Además de las valoraciones que efectúa el profesor Vara López, han existido otras cuestiones relacionadas con los conflictos de la relación médico-paciente y que pueden centrarse en la aparición del concepto de autonomía en el paciente quirúrgico. Esta nueva situación del paciente en cuanto a "sujeto moral autónomo" exige del cirujano una adecuada información del proceso y de las diferentes alternativas técnicas para, a partir de ello, decidir y consentir el procedimiento. En 1998, la AEC plasmó este nuevo contexto a través de una publicación en donde se reflejaban los distintos formatos de consentimiento informado para la mayoría de las técnicas quirúrgicas en cirugía general y del aparato digestivo. En la presentación de este documento, Gómez Alonso[7] destaca que los consentimientos informados no deben ser considerados como una mera obligación jurídica que se reduzca a la firma involuntaria o inconsciente de un papel, sino que el cirujano debe ver en este nuevo contexto una obligación ética de informar dentro del nuevo marco de la relación médico-enfermo. Sin embargo, es llamativo que a pesar de que la autonomía del paciente constituye uno de los pilares básicos de esta nueva dimensión, no han existido estudios posteriores en la revista que analicen algún aspecto de esta problemática, a excepción de un resumen de comunicación firmado por Aguilar et al[8] en 1998 sobre la legibilidad del consentimiento informado. Este vacío contrasta con el interés que esta problemática ha suscitado en otros ámbitos quirúrgicos que, como el anglosajón, han analizado los aspectos conflictivos relacionados con el consentimiento en la cirugía de urgencia[9-11] o la comunicación médico-enfermo en la consulta[12,13].

La autonomía del enfermo, en el contexto de la investigación clínica, ha sido tratada recientemente en el original de Ayer y Arias[14]. En dicha publicación se establece que los principios éticos y legales están por encima de los propios fines de la investigación. Surge así, según los autores, una ética en donde el investigador debe buscar lo mejor para el paciente, sin exponerle en ningún momento a riesgos superiores a los propios de su enfermedad, en un contexto que aporte siempre datos útiles a la humanidad y a la medicina. Tras ilustrar las diferentes declaraciones y convenios que en esta materia han sido acordados, los autores concluyen que, a pesar de los mismos, la única protección que el paciente posee contra las prácticas no éticas es la integridad y la honestidad del propio investigador, dos cualidades fundamentales en la investigación clínica actual.

Contenidos relacionados con la técnica quirúrgica

La técnica quirúrgica y su indicación han constituido, y todavía constituyen en la actualidad, uno de los elementos más discutidos de la práctica quirúrgica. Durante mucho tiempo se ha basado en una decisión personal, íntima y a menudo ejercitada en el propio acto operatorio en donde la información y decisión del enfermo no ha tenido lugar. Sin embargo, el avance en las técnicas diagnósticas y la consolidación del equipo quirúrgico como nuevo elemento de la práctica asistencial hospitalaria han modificado sustancialmente la toma de decisión, al alcanzarse una mejora en el diagnóstico preoperatorio y en el consenso multidisciplinario para la selección del mejor método quirúrgico. Simultáneamente, el perfeccionamiento en la reanimación postoperatoria ha permitido la introducción de técnicas quirúrgicas más agresivas o la indicación de las mismas en pacientes que con anterioridad no eran candidatos a las mismas, especialmente en el ámbito de la cirugía oncológica. En este contexto situamos la aportación de Curto Cardús[15] cuando analiza la toma de decisiones del cirujano en la continuidad del acto operatorio y/o la indicación del mismo. Aborda esta problemática diferenciando claramente dos conceptos, que a menudo se consideran equivalentes: la resecabilidad y la operabilidad. Sitúa la primera en el ámbito anatomopatológico, y su relación con la indicación quirúrgica se limita a la posibilidad técnica de extirpación, excluyendo cualquier valoración referida a la viabilidad oncológica, vital y de proyección del enfermo. Por su parte, la operabilidad se situaría en el ámbito clínico y cuantificaría el peso de esa indicación técnica en el contexto vital del enfermo. Así las cosas, existirían al menos dos situaciones que plantearían un importante conflicto ético: la indicación de extirpación de lesiones resecables en enfermos cuyas condiciones clínicas aconsejan una técnica paliativa, y la indicación de una técnica paliativa en enfermos operables y con lesiones claramente resecables. La primera está perfectamente definida por Curto Cardús como la "acrobacia quirúrgica", una consecuencia de la sobretecnificación y de la falta de rigor quirúrgico de quien la practica, que en ningún caso beneficia al enfermo y que se seudojustifica desde el egocentrismo y la frustración del cirujano. En cuanto al segundo conflicto, puede ser abordado a través de los factores que limitan al cirujano en esta toma de decisión y que según Curto Cardús se resumen en dos elementos: el cirujano y los medios hospitalarios. El cirujano limitaría su indicación basándose en su experiencia personal, su habilidad técnica y sus valores éticos; el medio hospitalario condicionaría la toma de decisión si su dotación de medios no permite abordar el tipo de cirugía seleccionada.

¿Cuáles son los elementos que pueden solventar los conflictos relacionados con la indicación técnica en cirugía? Curto Cardús fundamenta su discusión en que los elementos que tradicionalmente se han utilizado para la toma de decisiones en este ámbito, como las aportaciones de cirujanos senior o la protocolización de los procedimientos, pueden ser insuficientes en

Documento descargado de http://www.elsevier.es:443 el 20/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

cirugía, ya que cada situación requiere una valoración individual y es frecuente que el cirujano tenga que tomar la decisión en el propio acto operatorio, basándose en su conocimiento y en su conciencia. Por ello, este autor propone una nueva dimensión en la cirugía, lo que él denomina la "cirugía del compromiso", en donde el cirujano decidiría desde sus condiciones personales y profesionales, valorando los medios técnicos disponibles con objeto de seleccionar la mejor técnica para su enfermo. No se trata de una cirugía de mínimos, representada ya en los protocolos, sino de una labor de excelencia en donde el cirujano tiene que servirse de sus valores quirúrgicos y éticos. Esta conclusión final de Curto Cardús se aproxima a la expuesta previamente por Núñez Puertas[16], quien en 1985 propone que frente a la cirugía técnica, encaminada a tratar el soporte físico del paciente, debe desarrollarse una cirugía científica, consciente y racional, impartida por cirujanos educados científica, cultural y humanísticamente que, además, traten la personalidad del enfermo. En definitiva, lo que se transmite en la revista CIRUGÍA ESPAÑOLA es la necesidad de un control ético en la indicación quirúrgica desde otros valores que no sean los estrictamente técnicos. Echamos en falta en esta discusión un elemento que constantemente se omite, la información y consentimiento del enfermo, un principio no mencionado en ninguno de los editoriales publicados y que es más patente en aquellos[17] en donde se propone al acto quirúrgico como situación idónea para llevar a cabo experimentos fisiológicos, una situación que se enfrentan claramente con los postulados emitidos en el código de Nuremberg[18].

Contenidos relacionados con la formación del cirujano

La formación del cirujano constituye una de las materias mejor analizadas en la revista CIRUGÍA ESPAÑOLA, que ha proporcionado una extensa visión de los conflictos que en este apartado se generan. Sus contenidos no sólo afectan al mero aprendizaje técnico, que en sí mismo establece una singularidad respecto a las especialidades médicas, sino a aquellas situaciones relacionadas con la selección del candidato, la acreditación del docente y la formación humanística del cirujano nobel. Abordaremos, por este orden, cada uno de los conflictos enunciados.

El primer conflicto analizado es la selección del candidato quirúrgico. Martínez Rodríguez[19] señala que en el actual sistema MIR existe lo que él denomina la "descolocación vocacional", ya que el candidato que escoge una plaza de cirugía lo hace más por razones geográficas y personales que las estrictamente generadas por su preferencia hacia la especialidad. Es ésta la crítica principal que se realiza al sistema MIR como método selectivo, ya que la vocación, entendida como "inclinación duradera hacia determinado estado o profesión", se encuentra escasamente representada en los aspirantes. Las soluciones propuestas son variadas. Puente Domínguez[20] cree que deben valorarse tres cualidades en el aspirante a cirujano: sus conocimientos teóricos, su habilidad o destreza y su actitud personal, de las cuales el sistema MIR sólo estima la primera. Propone la entrevista personal como método alternativo para llevar a cabo la selección mediante la ponderación de estas cualidades, a semejanza del sistema alemán. Por su parte, Martínez Rodríguez dirige su reflexión hacia una modificación del propio sistema MIR y propone tres medidas: troncalidad de las pruebas selectivas, participación del hospital en la adscripción y la posibilidad de reorientación del residente de cirugía tras un período de prueba.

El segundo conflicto es la acreditación del centro formador. El sistema actual de acreditación, basado en el número de camas hospitalarias y el número de intervenciones, es insuficiente para asegurar una calidad mínima exigible en el servicio donde se efectuará la formación. Trullenque[21] señala que los criterios basados en la infraestructura del hospital son insuficientes y para ello deben exigirse unos índices de calidad, no sólo a la institución, sino al propio servicio quirúrgico. Añade que los directores del programa de formación deben cumplir su cometido docente, el cual tiene que ser evaluado e incentivado. Finalmente, se propone la evaluación del servicio y del formador con objeto de incrementar una mejora en la calidad docente.

La metodología y los contenidos en la formación del cirujano constituyen el conflicto más discutido[22]. Diferenciaremos dos aspectos: los relacionados con la estricta formación en la técnica quirúrgica y la relativa a la formación de la personalidad del cirujano. En cuanto a la primera, Martínez Rodríguez[19] sugiere que el residente de cirugía debe adquirir sus conocimientos técnicos de forma activa y participativa bajo supervisión, fomentándose en él una responsabilidad progresiva. El primer conflicto surge cuando es preciso establecer la proporción entre docencia y labor asistencial, especialmente en aquellos contextos de explotación en donde la figura del residente se ve como mano de obra barata. Un segundo conflicto está relacionado con la enseñanza práctica. ¿Existe la obligación moral de enseñar la técnica quirúrgica al cirujano en formación? Puente Domínguez[23] asegura que sí y justifica su afirmación en que la técnica en cirugía no puede aprenderse a través de los libros o publicaciones ya que se trata de un hábito, un gesto, un arte en donde la instrucción sólo puede realizarse a través de otra persona que eduque, al menos inicialmente, las manos del residente.

Respecto a la segunda consideración, la formación humanística del cirujano, Martínez Rodríguez cree que es necesario fomentar una actitud personal y de compromiso hacia el enfermo, guiada por el principio de bondad y caridad. Por su parte, Puente Domínguez[20] afirma que este tipo de enseñanza debe realizarse de cirujano a cirujano de forma que permita la transmisión de los conocimientos técnicos pero, además, debe utilizarse para difundir los ideales humanos, emocionales y afectivos que existen en toda relación médico-paciente. Finalmente, Viñas y Salas[24] opinan que es necesaria la inclusión de la bioética como disciplina en el ámbito quirúrgico con objeto de mejorar los criterios del cirujano en formación de cara a la toma de decisiones.

Contenidos relacionados con el principio de justicia distributiva

La aparición de esta problemática durante la década de los ochenta ocasionó la presentación de una ponencia titulada "Evaluación del rendimiento de un servicio de cirugía general" en el Congreso Nacional de Cirugía del año 1989. Esta ponencia sirve de reflexión a Balibrea[25], quien sitúa esta problemática en el contexto hospitalario que se vive en ese momento. La problemática surge de dos elementos: la importancia de los principios económicos en la labor quirúrgica y la necesidad de evaluar la eficacia del cirujano, en un intento de objetivar los rendimientos obtenidos. El conflicto se plantea cuando la obtención de estas cifras son el fin en sí mismo de la gestión, y no un medio cuyo fin es el enfermo. Así, la estructuración de la asistencia quirúrgica y la evaluación de su rendimiento es la conclusión de la gestión, mal entendida según Balibrea, y no

Documento descargado de http://www.elsevier.es:443 el 20/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

una metodología encaminada a mejorar la relación médico-enfermo, relegada a un segundo plano. En la misma línea se sitúa la opinión de Gil Goñi[26], para quien el cirujano siempre ha gestionado su trabajo en función de unos resultados que no sólo se refieren a la eficacia técnica del procedimiento sino a la calidad de vida de su paciente. En contra de estos valores, los gestores piden al cirujano que se controlen los aspectos estrictamente económicos de la actividad quirúrgica planteando, en ocasiones, un conflicto con el principio de beneficencia. Gil Goñi apunta como vía de solución que el propio cirujano aprenda a gestionar su actividad, ya que va a ser la persona encargada de resolver el conflicto ético entre justicia distributiva y beneficencia. A estas opiniones debemos sumar el comentario de Pollock[27] que discute el papel de la auditoria quirúrgica como herramienta encaminada a mejorar la gestión de los recursos y la atención al paciente. Pollock cree que el cirujano tiene la obligación moral de participar en la calidad asistencial del servicio y para ello debe buscar en la auditoria la información necesaria para identificar sus errores y también sus éxitos. La reflexión final de este autor es que ningún cirujano es tan excelente que no pueda mejorar en sus cualidades y para ello es preciso que se encuentre informado de su actividad quirúrgica.

Además de estas consideraciones sobre la aplicación del principio de justicia distributiva en la práctica quirúrgica general, existen trabajos encaminados al análisis de conflictos relacionados con aspectos concretos del contexto quirúrgico, de los que destacamos los referidos al retrasplante hepático. Esta problemática, abordada por Visa Miracle[28], parte de que el retrasplante en sí mismo es un factor de riesgo independiente que incrementa el índice de fracasos de la técnica respecto a los receptores de su primer hígado. La situación se agrava si tenemos en cuenta que el paciente que ha recibido un trasplante tiene preferencia sobre otros enfermos en lista de espera. Por ello, la escasez de órganos obliga a seleccionar con claridad unos criterios de justicia distributiva que impidan a un paciente acceder a un segundo trasplante cuando el mismo tenga pocas posibilidades de éxito. Las normas y criterios que rigen esta situación deben adoptarse en el seno de los comités de trasplante con la participación de expertos en ética y representantes de la comunidad, que no sólo valoren los resultados obtenidos sino que al mismo tiempo modifiquen los criterios de inclusión en la lista de espera. Esta actitud restrictiva al retrasplante empeoraría la supervivencia del grupo de enfermos trasplantados pero mejoraría la probabilidad de supervivencia del conjunto de candidatos.

Otros contenidos bioéticos

Conflictos en el fin de la vida. Beltrán de Heredia y Omís[29] plantean en un interesante editorial los diferentes aspectos éticos referentes al final de la vida en el enfermo quirúrgico. De este artículo destacamos la discusión sobre la prolongación inútil de la vida mediante medidas extraordinarias en enfermos no viables, reflejando de algún modo el encarnizamiento terapéutico que en ocasiones se observa en las salas de reanimación. Más interesantes son sus conclusiones sobre el deber con el enfermo moribundo en donde, según los autores, el cirujano tiene la obligación moral de calmar el dolor y sedar al enfermo, así como de mantener la dignidad y la autoestima del que va a morir, resaltando que una buena relación médico-enfermo ayuda especialmente a este tipo de pacientes quirúrgicos.

Investigación en animales de experimentación. El aprendizaje de las técnicas quirúrgicas, así como su ensayo y mejora, siempre han precisado de la investigación en animales. Recientemente, un original de Rodríguez Gómez et al[30] han expuesto las normas éticas que deben regir la investigación con animales de experimentación, especialmente las relacionadas con los códigos de ética internacionales y las normativas que afectan al alojamiento y cuidado de estos animales. Comentan los autores, que la utilización de los mismos queda justificada en aquellos contextos en donde, siempre con objeto de beneficio de la ciencia y salud pública, no existan otras alternativas técnicas.

Alternativas a los conflictos bioéticos en cirugía

Durante los 30 años de existencia de CIRUGÍA ESPAÑOLA han acontecido cambios importantes en el contexto de la cirugía, que han quedado resumidos en una nueva dimensión de la relación médico-enfermo, la sobretecnificación de nuestra especialidad y los nuevos modelos de gestión económica. La identificación de estos cambios ha sido posible desde dentro de la cirugía pero su interpretación y resolución ha sido confusa y en ciertas ocasiones desconcertante. Las palabras “crisis”, “desilusión” o “desencanto”, así como la búsqueda de un nuevo rumbo para nuestra especialidad, nos muestran el desconcierto que inicialmente estos cambios sociales han ocasionado a la comunidad quirúrgica y ante los cuales la tendencia ha sido la identificación del problema como algo externo a la cirugía[31,32]. Sólo así se entiende que algunos valores como la autonomía del enfermo, principal motivo de conflictos quirúrgicos en el momento actual, se encuentre escasamente reflejado en nuestra revista o no se aluda a él en aquellos artículos en donde se supone que el consentimiento informado es parte fundamental del experimento o de la indicación quirúrgica.

A pesar de las consideraciones anteriores, una lectura atenta de los artículos seleccionados demuestra que ha existido una sensibilidad latente hacia los conflictos bioéticos en nuestra especialidad que únicamente precisan de la adecuada canalización para sensibilizar a la comunidad quirúrgica. Sin duda alguna, el discurso de clausura del profesor Vara López[6] establece un punto de inicio interesante para esta cuestión y constituye un texto de lectura obligada para cualquier estudioso de nuestra corta historia. En el mismo se identifican claramente los cambios anteriormente aludidos y, lo más importante, se establece la respuesta que el cirujano debe realizar a la misma desde su vertiente humanística.

Otra de las aportaciones del presente estudio ha sido la identificación de conflictos bioéticos característicos de la práctica quirúrgica y que por ello precisan de una valoración y respuesta desde la propia AEC. En este sentido, la formación del cirujano y los criterios de indicación quirúrgica y operabilidad constituyen problemáticas que obligan a una discusión dentro de nuestra asociación y que difícilmente puede ser abordadas desde otros contextos que no cuenten con nuestra aportación. Los contenidos bioéticos en CIRUGÍA ESPAÑOLA se basan en las opiniones que diferentes personalidades de nuestra asociación, especialmente catedráticos y jefes de servicio, han realizado durante los últimos años. Esta labor precisa una continuidad, dirigida por estos miembros de la asociación con indudable peso moral o bien con la colaboración de otros miembros de la asociación con o sin experiencia en el contexto bioético. Su mi-

Documento descargado de http://www.elsevier.es:443 el 20/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

sión sería identificar los conflictos prioritarios y establecer unas líneas básicas de actuación que nuestra AEC considerara oportunas, bien entendido que la toma de decisiones es un acto íntimo y por ello sujeto a la ponderación personal del cirujano.

Finalmente, la tercera conclusión del presente artículo es el papel que nuestra revista posee en la difusión de las problemáticas bioéticas. Como órgano oficial de la AEC, CIRUGÍA ESPAÑOLA posee una elevada difusión en el ámbito quirúrgico español, bien por su distribución entre los miembros de dicha asociación o bien por ser la revista quirúrgica de mayor repercusión en el estado. Este aspecto la convierte en un vehículo idóneo para la publicación de artículos con contenidos bioéticos, ya sean originales remitidos por los autores o artículos elaborados por expertos tras encargo editorial. Otra alternativa es la creación de una sección especializada en estos temas, a semejanza del "córner" o "sección" ética del *Journal of American College of Surgeons*, en donde tuvieran cabida aquellos artículos vinculados a la bioética. Coincidimos con Rollins Hanlon[2] en que ya existen multitud de publicaciones, monografías y enciclopedias que debaten ampliamente todas las problemáticas bioéticas relacionadas con la medicina, pero la mayoría de los cirujanos no leemos estas publicaciones especializadas ya que sus contenidos, en la mayoría de las ocasiones, se sitúan en la argumentación filosófica que poco o nada interesan al cirujano pragmático. Así las cosas, CIRUGÍA ESPAÑOLA es el medio ideal para abordar y discutir aquellos conflictos bioéticos que afectan a nuestra especialidad y, a nuestro entender, esta posibilidad puede y debe contribuir a la revalorización de la figura del cirujano y de su arte, actualmente en horas bajas. Quedan ya muy lejanas las alabanzas que a la figura del cirujano dedicó Homero, quien diferenció dos artes en la medicina, el quirúrgico y el clínico, pero decantó su simpatía hacia el primero porque precisaba "manos más ligeras para extraer dardos de la carne, para hacer incisiones y para curar toda clase de heridas" (*Ilíada* IV, 192). Casi tres milenios más tarde nos encontramos en un punto de inflexión en donde la cirugía puede beneficiarse de una revalorización de los contenidos bioéticos para afrontar los cambios sociales acontecidos en las últimas décadas que permitan situar nuestro arte en el lugar donde Homero lo ensalzó.

Agradecimiento

A la Dra. Azucena Couceiro Vidal por su colaboración en la revisión del presente artículo.

A los profesionales de las bibliotecas del Hospital Juan Canalejo y de la facultad de medicina de Santiago de Compostela por su inestimable ayuda en la revisión de sus fondos bibliográficos.

Bibliografía

1. Vara López R [nota editorial]. Cir Esp 1970; 25: 239-256.
2. Rollins Hanlon C. Ethics in surgery. J Am Coll Surg 1998; 186: 41-49.
3. Couceiro Vidal A. Bioética y medicina actual. En: Rodés Teixidor J, Grades Massó J, editores. Medicina interna. Barcelona: Masson, 1997.
4. Bernard L. Aspectos éticos en la medicina clínica. En: Harrison, editor. Principios de medicina interna (14.ª ed.). Madrid: McGraw Hill, 1998.
5. Gracia D. Ética médica. En: Farreras-Rozman, editor. Medicina interna (13.ª ed.). Madrid: Harcourt Brace, 1995.
6. Vara López R. Discurso de clausura del IX Congreso Nacional de Cirugía. Cir Esp 1971; 25: 239-256.
7. Gómez Alonso A. El consentimiento informado en cirugía. Madrid: Editores Médicos S.A., 1998.
8. Aguilar J, Novoa A, Andrés B, Candel MF, Morales G, Pellicer E et al. Legibilidad de los documentos de consentimiento informado de un servicio de cirugía. Análisis informático y propuesta de mejora. Cir Esp 1998; 64 (Supl 1): 153-154.
9. Vessey W, Siriwardena A. Informed consent in patients with acute abdominal pain. B J Surg 1998; 85: 1278-1280.
10. Daniels I, Loosemore T. Informed consent in patients with acute abdominal pain. B J Surg 1999; 86: 426.
11. Richardson N, Jones P. Informed consent in patients with acute abdominal pain. B J Surg 1999; 86: 426.
12. Levinson W, Chaumeton N. Communication betwen surgeons and patients in routine office visits. Surgery 1999; 125: 127-134.
13. Sarr M, Warshaw L. How well do we communicate with patients as surgeons? Surgery 1999; 125: 126.
14. Ayer Reyero M, Arias Pérez J. Principios de la investigación clínica. Cir Esp 2000; 67: 4-9.
15. Curto Cardús J. La ética y los límites de la operabilidad en cirugía digestiva. Cir Esp 1989; 45: 619-621.
16. Núñez Puertas A. ¿Cirugía técnica o cirugía científica? Cir Esp 1985; 39: 187-188.
17. Narbona B. El experimento quirúrgico. Cir Esp 1984; 38: 167-168.
18. Shuster E. The Nuremberg code: hippocratic ethics and human rights. Lancet 1998; 351: 974-977.
19. Martínez Rodríguez E. Reflexiones sobre la enseñanza de la cirugía en el postgrado. Cir Esp 1992; 52: 245-246.
20. Puente Domínguez JL. El residente de cirugía. Cir Esp 1992; 51: 85-86.
21. Trullenque Peris R. Nuestra asociación. Cir Esp 1995; 58: 287-288.
22. Fernández-Llamazares Rodríguez J. Panorama actual de la formación del residente en cirugía. Cir Esp 1998; 64: 509-510.
23. Puente Domínguez JL. Meditación de la técnica. Cir Esp 1983; 37: 161-162.
24. Viñas I, Salas J. Importancia de la bioética en la toma de decisiones en cirugía. Cir Esp 1994; 56 (Supl 1): 199.
25. Balibrea JL. Evaluación del rendimiento de un servicio de cirugía general. Cir Esp 1989; 45: 449-451.
26. Gil Goñi A. La formación en gestión. Una necesidad para los cirujanos de hoy. Cir Esp 1992; 51: 399-400.
27. Pollock A. Auditoría quirúrgica. Cir Esp 1994; 55: 1-3.
28. Visa Miracle J. Retrasplante hepático. ¿Cumple las normas éticas de justicia redistributiva? Cir Esp 1997; 62: 355-356.
29. Beltrán de Heredia Onís JM. El cirujano ante la muerte. Cir Esp 1988; 44: 1-3.
30. Rodríguez Gómez J, Rodríguez Fabián G, Ayer Reyero M. Normas éticas para el cuidado y utilización de los animales de experimentación. Cir Esp 2000; 67: 10-13.
31. González González M. Desilusión y desencanto del médico hospitalario actual. Cir Esp 1988; 44: 188-189.
32 Gómez Alonso A. ¿A dónde vamos? Cir Esp 1988; 43: 165-166.