

# Ética en el tratamiento quirúrgico de enfermos con cáncer

HOSPITAL MILITAR DOCENTE "MARIO MUÑOZ MONROY". MATANZAS.  
Ética en el tratamiento quirúrgico de enfermos con cáncer.  
Ethics in the surgical treatment of patients with cancer.

## AUTORES:

Dr. Ariel Jordán Alonso(1)  
Dr. José Fernández Morín(2)  
Dra. Esther Báez Pérez(3)  
Lic. Datiel Cruz Méndez(4)

(1) Especialista de 1er Grado en Cirugía  
(2) Especialista de 1er Grado en Higiene. Máster Salud Ambiental. Profesor Asistente  
(3) Especialista de 1er Grado en Administración y Salud. Profesora Asistente  
(4) Licenciada en Enfermería

## RESUMEN

Se realiza un análisis de los aspectos éticos del tratamiento quirúrgico en el paciente afecto de cáncer. Resultan de extrema importancia las competencias que adquiere el médico en su formación, su entrenamiento en la vida profesional y las características personales y de sensibilidad, sobre las que se debe incidir desde sus años de aprendizaje en la universidad. Se reflexiona sobre la relación médico-paciente, que constituye un aspecto de suma importancia afirmando la importancia de la buena comunicación, que conlleva la utilización de un lenguaje adecuado que transmita confianza, pero sin ocultamientos sobre la realidad diagnóstica y pronóstica de la enfermedad, lo que nos lleva al problema ético de la verdad que está implícito en la comunicación de malas noticias. Otro aspecto que se aborda en el trabajo y que tiene un relevante valor ético, es el derecho del paciente a la autodeterminación, considerando su derecho a decidir sobre su tratamiento cuando éste puede acarrear consecuencias discapacitantes, invalidantes o deformantes. Por último y no por ello menos importante, analizamos el seguimiento del paciente oncológico y el tratamiento del dolor, con la consideración de que constituyen aspectos éticos que nunca deben ser soslayados y deben ser principios en el tratamiento del paciente con cáncer.

## DESCRIPTORES(DeCS)

NEOPLASMAS/cirugía  
ÉTICA MÉDICA  
RELACIONES MÉDICO PACIENTE  
HUMANO  
ADULTO

## INTRODUCCIÓN

La palabra ética, según el diccionario de la lengua española Larousse, proviene del griego "ethikos" y se considera la parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre; y por otra parte define a la moral como la ciencia que enseña las reglas que deben seguirse para hacer el bien y evitar el mal y también

como el conjunto de facultades del espíritu (1) . Otros autores plantean que el vocablo ética significa costumbre o modo habitual de obrar (2-4) , acción del hombre, libre, voluntaria y responsable cuyo objetivo es el bien, cualquiera que sea la corriente de pensamiento que la interprete. Por otro lado además se ha definido como el carácter, es decir, como un modo peculiar de ser de una persona apoyado en sus cualidades morales, que por su condición natural, firmeza o energía lo hacen diferente de otros. Siendo esta interpretación de personalidad moral que expresa el carácter la que nos interesa, pues es precisamente el carácter virtuoso del profesional de la medicina, en sus aspectos técnicos y morales, el que inspira la necesaria confianza al paciente. Confianza que realmente resulta tan necesaria en estos tiempos de dominio de la medicina por la ciencia y la tecnología, donde el profesionalismo es asimilado por el conocimiento científico y las habilidades técnicas y un poco que el aspecto moral o ético, así entendido se relega o queda atenuado (5,6) . Si se suma a esto que también en nuestro medio, como en el resto del mundo, se ha enfatizado la autonomía del paciente, corremos el riesgo de que se pueda enfocar la práctica médica como la prestación de un servicio a petición del "cliente", en este caso "paciente", en el que sólo se aproveche del profesionalismo médico la vertiente del conocimiento científico y la tecnología en detrimento de una medicina moralmente buena, en la que se viole el valor central del aspecto ético –la benevolencia- que es el principio director de la práctica médica, máxime cuando este paciente / cliente no está en condiciones de controlar si el servicio prestado es en su propio interés por el carácter tan especializado del mismo en el caso del tratamiento quirúrgico del paciente con cáncer. Es por todo esto que nos proponemos hacer un llamado al análisis de la conducta médica, a ese modo habitual de actuación del cirujano ante el paciente oncológico, por ser quizás, una de las condiciones más críticas de la relación médico-paciente; aún cuando por razones propias histopatológicas o de estadío de la lesión, se conozca o espere el buen pronóstico de la afección al proceder quirúrgico. Después del Código de Nuremberg (1947) y de la Declaración de Helsinki (1964), se crean las condiciones para que se establezcan los principios éticos de la investigación con seres humanos y de la actuación médica en general. Estos principios son internacionalmente reconocidos como:

- El respeto a las personas o principio de autonomía.
- El principio de beneficencia (del que nace el próximo)
- El principio de la no-maleficencia.
- El principio de justicia.

Estos son los principios básicos de la Bioética. El término bioética fue acuñado por primera vez por el oncólogo Van Potter como un llamado a una forma de actuación moral ecológica que contrarrestara la creciente y desmedida capacidad de intervención del hombre sobre la naturaleza a través de la ciencia y la tecnología. Lo cierto es que durante el siglo XX y lo poco que ha transcurrido del XXI, la bioética ha encontrado en la medicina mucho más desarrollo que en la biología y la ecología. Es decir, la bioética ha venido a poner sobre la mesa los problemas morales que plantea la creciente capacidad de intervención de la ciencia y la tecnología médica en la salud y la vida de las personas, ha delineado la actuación médica actual y sus principios. Esto se debió a cuatro grandes ejes de fuerza que modelaron la actual bioética médica (7) . El primero de estos ejes es precisamente el desarrollo de la ciencia y la tecnología médica, el cual arranca desde los últimos años del siglo XIX y experimenta un desarrollo exponencial después de la 2da guerra mundial. Al decir de muchos la medicina avanzó en el siglo XX mucho más que en todos sus 25 siglos previos de historia. El problema se constituye en que este aumento de capacidad de intervención de los médicos, les concede un poder que hasta ahora no habían ni soñado; y este aumento de poder implica el aumento de la fragilidad de aquellos sobre los que se ejerce dicho poder, los pacientes. El segundo eje de fuerza lo constituye uno de los mecanismos de defensa de todo ser

humano frente al poder, la rebelión, o dicho de otra forma, la autoafirmación. Aspectos que caracterizaron la década de los años 60 en cuanto a la rebelión de los ciudadanos frente a la sensación de que las estructuras políticas, institucionales, económicas y culturales habían desarrollado un poder omnímodo capaz de controlar casi todos los aspectos de la vida humana. Por supuesto el engrandecido poder médico no podía quedar incólume a este proceso de cuestionamiento general y mucho más porque este poder tradicionalmente había venido siendo ejercido de una forma bastante despótica, siguiendo un modelo de corte paternalista. Toda la ética médica y de enfermería había estado dominada por la tradición naturalista heredada de la ética médica hipocrática y de la mitológica de Esculapio, que no tenían en cuenta al paciente, al enfermo. Para ella el profesional médico es la encarnación de lo perfecto, lo sublime, lo verdadero, lo bueno y lo bello, mientras el enfermo encarna lo desordenado, lo malo, lo falso y lo feo. El enfermo era moralmente incapaz de saber qué le conviene, cual es su "Bien", y su única obligación es obedecer fielmente las instrucciones del profesional, que es el único que sabe qué debe hacerse cuando se pierde ese orden. Nace aquí una relación humana casi igual a la que tienen los padres con los hijos, sin tener en cuenta que esta relación médico paternalista se lleva a cabo entre individuos adultos capaces de tomar sus propias decisiones. Es por ello que los ciudadanos de la década de los 60 no podían tolerar que el poder médico, además de haberse hipertrofiado siguiera ejerciéndose de esta forma, reivindicando su participación activa en el proceso de toma de decisiones clínicas que afectaran su salud o su vida. Comenzaron a exigir información sobre lo que se les iba a realizar, a demandar que se contara con su autorización, con su consentimiento. De aquí surge como una consecuencia judicial de confrontación médico- paciente el consentimiento informado. El tercer eje de fuerza de la historia de la bioética lo constituye la socialización de la medicina y la equidad, como una necesidad que demanda la población de las instituciones estatales a partir también de la segunda guerra mundial, demanda de generalización del acceso a los sistemas sanitarios. El cuarto eje que permite situar correctamente el nacimiento de la bioética es el de concebir a esta disciplina como una ética aplicada, es decir, como un parte de la filosofía moral que permita una adecuación de la conducta médica a las nuevas exigencias, para las que la fundamentación naturalista de la ética médica tradicional resultaban insuficientes. En esta nueva concepción aplicada tuvieron mucha participación tanto los filósofos como los teólogos morales, abriéndose paso el argumento de la racionalidad discursiva y crítica que permitió alumbrar el camino de la bioética. No obstante también la bioética ejerció su beneficio a la Filosofía Moral , pues ésta, en la segunda mitad del siglo XX, se hallaba perdida en los vericuetos del existencialismo, la lógica y la filosofía analítica y más tarde del estructuralismo. Al decir de un bioeticista, James Drane "gradualmente la forma de razonar en la argumentación moral reemplazó, en el centro de interés ético, a los detalles concretos de la realidad, los tratados de ética no eran comentarios legibles sobre temas que preocupaban al hombre de la calle, sino escritos recónditos e ininteligibles sobre el significado de los conceptos morales; la ética se había hecho inaccesible para la generalidad, exceptuando a los refinados especialistas en lingüística y hablando rigurosamente, no decía nada acerca de los problemas que inquietaban al ciudadano normal" (8) . Quizás por esto en los años 70 muchos filósofos rememoraron la famosa tesis XI de Carlos Marx sobre Feuerbach "los filósofos no han hecho más que interpretar de diversos modos el mundo, pero de lo que se trata es de transformarlo" y comenzaron a reivindicar proyectos filosóficos que dieron cuenta de los problemas morales del mundo real. Sus miradas se encontraron con la de los médicos clínicos e investigadores y juntos crearon la bioética, una ética aplicada. Entrando específicamente en el aspecto que nos ocupa, debemos en primer lugar tener en cuenta que el paciente oncológico tiene sus peculiaridades generales de reacción que caracterizan los rasgos más esenciales del mismo, independientemente de la enorme variedad de posibles factores, condiciones o características que matizan sus individualidades como por ejemplo: la

personalidad, el carácter, sus emociones. Es lógico que, frente a una entidad cuyo diagnóstico provoca temor, cuyas técnicas diagnósticas de confirmación son en su mayoría invasivas, cuyos tratamientos son en ocasiones traumatizantes y discapacitantes, y en los que sus resultados, aún en caso de remisiones o curaciones por mencionar sólo el lado positivo- son lentos y a largo plazo, se den reacciones de derrumbe moral y depresión, o de agresividad y rebelión, o negación de aceptación de la realidad. La interrupción de los proyectos de vida, la imposibilidad de trabajar, la decadencia física, el sufrimiento, son aspectos existenciales de gran envergadura para el hombre (9) . Es por ello que en el caso del tratamiento quirúrgico de los enfermos de cáncer resulten de extrema importancia cuatro aspectos esenciales del médico: su carácter, su formación, su entrenamiento y su sensibilidad, los cuales son básicos para un manejo ético de este paciente (10). Cómo tomar decisiones correctas sin una adecuada formación, cómo llevarlas a cabo sin un entrenamiento apropiado y una actualización de conocimientos, cómo inspirar confianza sin una actitud madura, firme y segura que, sin embargo, se canalice a través de una comunicación y trato afectuoso y comprensivo. Hay que considerar también que es precisamente el cirujano, dentro de las ciencias médicas, uno de los especialistas más presionado por la toma de decisiones. Decisiones de gran dramatismo y responsabilidad por la agresividad que implica el acto quirúrgico y la enorme cantidad de complicaciones que conlleva este proceder en forma general y que ponen a prueba todas las capacidades de la actuación del cirujano, ponen a prueba en definitiva su ética. Es por ello que el adecuado diagnóstico y la identificación de los criterios terapéuticos deben ser sólidamente fundamentados, tener clara las posibles alternativas, valorar los posibles errores o fallos y siempre procurar el bien del enfermo, jamás hacer daño. Uno de los aspectos de suma importancia en la ética médica, sin lugar a dudas, lo constituye la relación médico – paciente. La adecuada comunicación del médico con su paciente, utilizando un lenguaje apropiado y que transmita confianza, es vital para la comunicación diagnóstica, las orientaciones terapéuticas y la información pronóstica. Toda esta información que deberá hacerse a modo de diálogo pausado, tranquilo, afectuoso, aunque sin pérdida de carácter y firmeza, constituye el pilar de la comprensión por parte del paciente y evita posibles conflictos, suspicacia y confusiones. Son múltiples los enfoques y modelos teóricos que se señalan de la actuación para una adecuada relación médico - paciente (11,12) (modelo de relación activo – pasivo, de cooperación guía de participación, modelos de criterios de actuación acordes con costumbres o culturas, neohipocrático, contractual, de alianza). No obstante se señala que el gran dilema transcurre en todos ellos en el debate entre la autonomía del paciente y el paternalismo médico siempre “benefactor” y en ocasiones “autoritario”. Este dilema genera un enorme debate filosófico y hasta jurídico, no obstante como señala el profesor Fermín García Marcos (2) , lo rescatable de todo esto es el aspecto ético de respeto a la dignidad del paciente como persona, expresada en su autodeterminación, correctamente informado para ejercer su decisión de aceptar o rechazar la orientación propuesta por el médico. El médico informa, propone, argumenta, persuade, convence, pero es el paciente, si está en plena capacidad de raciocinio, en plena lucidez y en sus cabales, quien decide, salvo algunas excepciones como por ejemplo: en la que la decisión del paciente pudiera afectar la integridad o la vida de otra persona o familiar o ante situaciones quirúrgicas de emergencias donde el actuar médico se vería menos limitado por el consentimiento. En nuestro medio se manifiesta quizás, una arraigada costumbre hispano – latina familiar de que el paciente con cáncer no conozca su diagnóstico, lo cual trasciende al médico en la tradición de ocultarlo o de informar previamente a la familia para que esta decida. Esta práctica de ocultación, omisiones y hasta de mentiras piadosas no constituye una actuación o comportamiento médico ético. No podemos confundir la misericordia y la piedad con la mentira o el ocultamiento, y mucho menos cuando urge o es importante una conducta quirúrgica, pues ésta no garantiza, en la mayoría de los casos, la curación total del paciente, y aún en los casos en que lo lograra, dejará serias secuelas o

limitaciones en la capacidad vital, funcional, laboral o social del paciente. No puede concebirse por tanto cirugía alguna sin la adecuada información inteligible y el consentimiento del interesado, y mucho menos en el paciente oncológico. Ahora bien, este último aspecto nos lleva al problema ético de la verdad cuando ésta conlleva la comunicación de malas noticias del diagnóstico y más aún del pronóstico, pues en realidad es un serio problema ético cuando el médico no sabe cómo actuar, cómo comunicar la mala noticia. Cada médico imprimirá a esta comunicación su estilo propio y la misma dependerá en gran medida de su carácter. Puede haber pautas, normativas, reglas de tipo general, pero no hay recetas individuales. Hay palabras muy duras y también formas de comunicación muy drásticas y contraproducentes que son imperativos a modular desde la formación básica de nuestros estudiantes de medicina y en el transcurso de la enseñanza en el trabajo. Me viene a la mente una anécdota de mi época de estudiante en la que un compañero durante un pase de visita, al presentar uno de sus nuevos casos de ingreso, y después de leída su primera evolución, para darle la impresión diagnóstica al profesor y al resto del auditorio, con voz grave, firme y de tono elevado, ante la atónita paciente, que seguía al pie de la letra la descripción de su desgracia, exclamó "la paciente es portadora de un cáncer de pulmón". No tengo que referir la perplejidad y turbación del profesor, pues no había dudas ante la elocuente argumentación clínica y radiológica de dicha impresión diagnóstica, pero tampoco había dudas de su pésimo comportamiento ético(13-16). No siempre se ha de decir de forma cruda toda la verdad, es importante saber en cada momento cuanto soporta el paciente, ya que no todos soportan la verdad si ésta no es dicha en forma gradual y esto cobra especial importancia en el paciente oncológico, que en la mayor parte de las veces es él quien "descubre" o "intuye" la verdad. La verdad debe ser singular para cada caso, y es importante conocer previamente aspectos de su personalidad, hay que tener en cuenta su estilo, su cultura, sus patrones éticos, aspectos de su vida, especialmente el sentido espiritual y en los que proceda, el aspecto religioso. Señala Castillo Valery "la matización personal en la adecuación de la información a suministrar a cada persona enferma, de acuerdo a sus propias características, es uno de los aspectos en los que la medicina demuestra ser un arte" (13) . Retomando el aspecto de la educación antes planteado, específicamente el aspecto de la educación de la ética, de su aprendizaje, conviene analizar que enseñar y aprender son dos funciones de una misma situación, ambas constituyen una totalidad, de forma tal que nunca se da una sin la participación de la otra. El maestro al mismo tiempo que enseña a sus discípulos, a su vez está aprendiendo de ellos y esto es válido y aplicable a todos los profesores de las diferentes disciplinas de las ciencias médicas, incluyendo a los cirujanos. Cuando la tarea de educar se realiza en el ámbito estrecho de la universidad, la escuela o el taller, se denomina "docencia", pero el educar o enseñar y el aprender se dan en cualquier ámbito y en todo momento para cualquier conocimiento, mucho más para la ética, entendida como una forma particular de actuación. Esta se aprende y se enseña dentro y fuera de los ámbitos académicos, en la vida misma y todos los escenarios del cotidiano vivir (14) . La ética se enseña con el ejemplo y se aprende con el modelo. En el que enseña, la ética debe ser un producto no acabado, perfeccionable siempre, pero sí logrado, al menos hasta un determinado estadio, e incorporado a la forma de pensar, mientras que en el que aprende debe ser un producto a lograr. Conviene aquí recordar el viejo aforismo " nadie da lo que no posee". Hay que tener ética para brindarla como ejemplo, para que sea vista como modelo. Por supuesto el aprendiz al que nos referimos requiere de una educación ética básica que no se inicia en las aulas de medicina, ni en las prácticas de la enseñanza médica, la cual matizará su actuar cotidiano como estudiante y futuro médico o profesional de la salud. No obstante es necesario ejemplarizar la enseñanza de la ética médica acorde con los actuales principios que la rigen y de esto no escapa el modelo del cirujano educador por todo lo hasta aquí expuesto, especialmente en la actuación frente al paciente oncológico.

Otro aspecto de reflexión es el relacionado con las conductas terapéuticas quirúrgicas específicas del paciente con cáncer. Es importante reconocer que los adelantos en cirugía oncológica han variado lo que se consideraba estándar en la terapia quirúrgica. Hoy día existe un entendimiento más claro de que para algunos cánceres la cirugía extensiva no siempre incrementa la tasa de curaciones, por otro lado otras terapéuticas como la radio y la quimioterapia mejoran los resultados de la resección quirúrgica y a veces llegan hasta sustituirla. También se ha comprobado que la cirugía es menos utilizada con fines diagnósticos gracias a múltiples técnicas, actualmente disponibles, que no son invasivas, o al menos son menos agresivas al paciente (15) . En este sentido es necesario, se impone, una valoración ética basada en los principios de beneficencia y no-maleficencia, por supuesto respaldadas con sólidos conocimientos y verdadera medicina basada en evidencias científicas. Por exponer sólo dos ejemplos de los muchos en los que la conducta quirúrgica ha pasado a respetar los principios antes enunciados de hacer el bien con la menor maleficencia posible que menoscabe la funcionabilidad , la autoestima y la calidad de vida del paciente, pudiéramos mencionar el cáncer de mama y el cáncer de recto. Actualmente se conoce que en el cáncer de mama la cirugía más extensiva, incluyendo la mastectomía radical o radical extendida no es superior a la mastectomía simple. Según algunos estudios científicos recientes, la supervivencia obtenida con la lumpectomía y radiación es equivalente a la lograda con la mastectomía. La preservación de la mama luego de la quimioterapia está siendo considerada inclusive en pacientes con tumores muy avanzados. Creo que no tengo que insistir en el trauma físico y psíquico que representa para cualquier mujer verse privada de uno de sus atributos reales y simbólicos de la figura femenina y hasta de la desagradable deformación anatómica que conlleva. En cuanto al cáncer rectal, se ha encontrado en estudios prospectivos en los que los carcinomas rectales cercanos al ano fueron tratados sólo con quimioterapia y radioterapia, reservando la cirugía para los casos de enfermedad residual o recurrente, que la tasa de curaciones rondó el 70%. También los adenocarcinomas localizados en el tercio superior o medio del recto pueden ser tratados con resección anterior baja sin necesidad de colostomía. En nuestro servicio de cirugía del hospital militar "Dr. Mario Muñoz Monroy" se ha venido desarrollando un trabajo para demostrar las ventajas y bondades de la técnica quirúrgica de Swenson sobre la tradicional extensa de Miles (16) en la terapéutica quirúrgica del cáncer de recto, encontrándose que la primera garantiza una sobrevida similar a la segunda, pero permite la eliminación de la colostomía permanente, mantiene el funcionamiento del esfínter anal, no provoca disfunción sexual eréctil y disminuye la estadía postoperatoria, todo lo cual es obvio que proporciona una mayor calidad de vida en el paciente oncológico sometido a la cirugía. Constituye una cruda realidad que la evolución del paciente quirúrgico oncológico es sumamente compleja y laboriosa, por lo que es necesario que la misma permita detectar oportunamente las complicaciones o las recidivas; esto exige un seguimiento conducido y coordinado principalmente por el propio cirujano que efectuó el proceder quirúrgico, aunque no negamos la ayuda del equipo de cirujanos del servicio en cuanto al intercambio de opiniones, a consultas con otras especialidades que participen en tratamientos coadyuvantes (oncólogos, fisioterapeutas, psicólogos). No es ético que el cirujano se desentienda del seguimiento del paciente a quien ha aplicado un proceder quirúrgico. Él está obligado moral y técnicamente, tanto en los que se estime que van a lograr la curación, pero mucho más en aquellos en los que sabemos que no es posible la curación y lo que nos propusimos fue prolongar su vida. Precisamente en estos últimos es donde mayor énfasis requiere el seguimiento del cirujano, la necesidad de apoyo psicológico, el intercambio de opiniones con la familia para una menor contención o sumisión en el hogar, la conversación con el paciente que nos permita conocer sus valores frente al sufrimiento físico y espiritual, sus criterios ante la situación terminal terapéutica, prolongación artificial de la vida,. todo esto constituye un verdadero reto ético, son desafíos al buen criterio médico.Finalmente

queremos referirnos al adecuado tratamiento ante el dolor, que es otro de los aspectos éticos de importancia en los pacientes, principalmente en los que sabemos que el proceder quirúrgico es un paliativo. Es imprescindible que el médico que trata pacientes con cáncer sepa hacerlo correctamente con el dolor. Es lógico que frente a situaciones más especializadas que así lo requieran, por ejemplo, abordajes neurales, o técnica especiales de infiltraciones, el cirujano requiera de otros especialistas, pero el dolor que acompaña al cáncer puede ser tratado con drogas que el cirujano debe conocer. No podemos olvidar que además de hacer el bien, minimizar el daño, respetar la autonomía del paciente y actuar con equidad en los limitados recursos que a veces disponemos, también es importante lograr en aquellos pacientes que sabemos van a morir que uno de los elementos esenciales de una buena muerte es la ausencia de dolor, síntoma que le puede afectar aún más, tanto física como mentalmente, para lograr los objetivos que se haya trazado alcanzar antes de morir.(16)

## **DISCUSIÓN**

Consideramos muy necesario la adecuada formación integral de nuestros médicos como personas, no solamente como médicos o especialistas en cirugía. No obstante la educación y enseñanza de la ética médica, tanto en su formación de pregrado como durante su postgrado, específicamente como residente de cirugía es un aspecto importante que puede contribuir a la consolidación de su carácter y a la responsabilidad y madurez de su desempeño en la toma de decisiones y en su actuar en una especialidad que tradicionalmente se educaba en una concepción de paternalismo rígido y con características de una gran agresividad diagnóstica y terapéutica. Es importante para el residente de cirugía la enseñanza y la formación junto al enfermo de verdaderos hábitos de razonamiento ético y de la posición que deberá adoptar frente a un problema filosófico fundamental de la práctica médica en las complejas y difíciles situaciones de la especialidad, sobre todo frente al paciente oncológico. Instruirlo en la comunicación efectiva con el paciente para que vaya conformando estilo y hábito de adecuado tacto, prudencia y delicadeza; por supuesto, conjugados con el sólido conocimiento y formación científica técnica que requiere la especialidad quirúrgica. Consideramos necesario desarrollar en los servicios quirúrgicos una adecuada relación de confianza y buena fe entre médicos y pacientes, que proporcione una toma de decisiones concertadas, donde los médicos sugieren tratamientos adecuados a los principios de beneficencia y no-maleficencia, y donde se respete la autodeterminación del paciente, correctamente informado en su consentimiento y que tome en cuenta los valores del enfermo y la apreciación que éste tenga de su calidad de vida. Es importante desarrollar una adecuada conciencia ética frente al dolor de los pacientes oncológicos tributarios de cirugía como terapéutica curativa y mucho más cuando ésta sea un recurso paliativo. Debemos exigir a nuestros residentes y especialistas en cirugía un sólido conocimiento y un correcto desempeño en cuanto al arsenal terapéutico paliativo contra el dolor. Finalmente consideramos como un elemento de apoyo a todo el personal especializado y en formación de los hospitales, y en particular a los servicios quirúrgicos y oncológicos, la creación de los Comités de Ética Hospitalarios Multidisciplinarios, quienes sin responsabilidad clínica directa, puedan brindar una adecuada función de asesoramiento responsable frente a las difíciles situaciones de la práctica médica.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. García Pelayo R . Pequeño Larousse ilustrado Ed. Larousse: Buenos Aires; 1995.
2. García Marcos E . Ética en el tratamiento de pacientes con cáncer. Cuadernos de Bioética1998; IX (34): 246-65.

3. Gracia D. Fundamentos de la bioética. Madrid: Ed. EUEDEMA Univ. Complutense; 1998
4. Pellegrino E. La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. Boletín OPS 1990;108(4): 379-89.
5. Pellegrino E. Virtue and self interest in the ethic of the profesión. J contemp health 1989;5:53-73.
6. Jochemsen H. La Medicina como profesión ética. Cuadernos de Bioética 1999; IX (35) :459-68.
7. Simon Lorda P. Los cuatro ejes de la fuerza de la historia de la bioética. Investigación Clínica y Bioética 2001; 40: (5):27-30
8. Drane JF. La Bioética en una sociedad pluralista. La experiencia norteamericana y su influjo en España. En: Gafo J (ed) Fundamentación de la Bioética y manipulación genética. Dilemas éticos de la medicina Madrid. UPCM; 1998:88-9.
9. De Vita. Aspectos psicológicos de los pacientes con cáncer. En: Principios y práctica de oncología. España. Madrid: Ed Salvat; 1988. p.1913-27.
10. Conley J. Ethics in Head and Neck Surgery. Arch otholaringology 1981;107(5):655-7.
11. Szast S, Hollender MH. The basic model of the Doctor Patient relationship. Ann intern med 1956; 97: 585-92; 1956.
12. Lavador M, Serani Marlo A. Etica Clínica. Fundamentos y Aplicaciones. 2da Parte. Modelos básicos de la relación médico paciente. Chile: Ed. Universidad Católica; 1993.
13. Castillo Vallery A. Ética Médica ante el enfermo grave. Barcelona: Ed. JIMS; 1992.
14. Mintzer D. El papel cambiante de la cirugía en el diagnóstico y tratamiento del cáncer. Am j med 1999; 106:81-9.
15. Steele G. Colorectal Cancer. En: Cancer Surgery. Philadelphia: JB Lippinott Company; 1994. p. 125-84.
16. Ventafrida V A. validation study or WHO method for cancer pain relief. Cancer 1987; 59:850-6.

## SUMMARY

An analysis is carried out taking into consideration the ethical aspects of the surgery treatment in patients with cancer. Of extreme importance are the aptitudes the physicians acquire in his formation, his formation, his training in the professional life his personal characteristics and his sensibility since their early year of learning at the university. A reflection between doctor-patient is done being this an important aspect, stating the importance of good communication using an adequate language in order to transmit confidence but without hiding the disease diagnostic and pronostic reality, taking us to the ethical in giving bad news. Another aspect approached in this work is the patient right to determine about his on her own treatment when this may cause severe disabling invalidating or deforming consequences. Finally and not less important, we analyze the oncologic patient follow-up and pain treatment with the consideration that they are ethical aspects which should never be evaded and must be principles in the treatment of patients with cancer.