



Carta al Director

Bioética y cirugía oral y maxilofacial

Bioethics and oral and maxillofacial surgery

Martín Fernández Ferro

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Ribera Povisa. Vigo, España. Máster Universitario en Bioética. Universidad Internacional de Valencia, España

ARTICLE INFORMATION

Article history:

Received: 06-08-2024

Accepted: 01-10-2024

Sr. Director:

La cirugía oral y maxilofacial, según la Asociación Internacional de Cirujanos Orales y Maxilofaciales (IAOMS), es una "especialidad quirúrgica que incluye el diagnóstico, la cirugía y los tratamientos relacionados con un gran espectro de patologías de la cabeza y cuello", y el término 'bioética' desde los primeros trabajos de V. R. Potter se define como "la disciplina que relaciona las ciencias de la vida con el mundo de los valores humanos"^{1,2}.

A lo largo de los últimos años, son cada vez más numerosas las especialidades médicas y/o quirúrgicas que han incorporado los aspectos éticos y morales en el desarrollo de su labor asistencial e investigadora, así como en el avance científico-técnico, los posibles conflictos de intereses con la industria, la relación de comunicación médico-paciente-familia y la importancia del consentimiento informado^{3,4}.

Es creciente el número de publicaciones respecto a las incertidumbres o dilemas que surgen en el desarrollo de la labor diaria del médico o del cirujano, pues cuidar a los demás sigue siendo la necesidad básica que no decrece a pesar

de los avances tecnológicos, especialmente en patologías complejas, como puede ser el manejo adecuado del cáncer para el cirujano oral y maxilofacial.

Hoy en día se enfatiza que la formación de todo cirujano debe comprender aspectos muy variados, que van desde la adquisición amplia de unas competencias teórico-prácticas ante las distintas entidades clínicas, conocer y manejar correctamente los numerosos avances técnicos, y todo ello, sin olvidar que la relación clínica entre el profesional, el paciente y la familia, cobra cada vez mayor relevancia.

Una mayoría de autores consideran que todo cirujano no solo debe ser fiable en el rendimiento de la cirugía, sino confiable como profesional desde el punto de vista ético y moral. Para ello, es imprescindible que el clínico cuente con las habilidades y conocimientos necesarios para dar la respuesta más adecuada a cada situación^{3,4}.

Beauchamp y Childress⁵, con su trabajo, han conseguido construir un paradigma que permite dar respuestas fundamentadas a los complejos problemas que se plantean en

*Correspondence:

E-mail: martinfdezferro@yahoo.es (Martín Fernández Ferro).

<http://dx.doi.org/10.20986/recom.2024.1562/2024>

1527-2024/© 2024 SECOM CyC. Publicado por Inspira Network. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

el desarrollo y aplicación de la bioética a la salud, sirviendo de guía para ayudar a los profesionales a establecer una relación correcta con los pacientes. En este paradigma se describen cuatro principios que consecutivamente han ido ganando importancia:

- Beneficencia: obligación de hacer el bien o buscar el beneficio de la persona.
- No maleficencia: principio universal heredado de la medicina hipocrática (*primun non nocere*); nunca se debe actuar de forma maleficente ni siquiera con el consentimiento del paciente.
- Autonomía: hace referencia a la obligación del profesional de respetar los valores, creencias y decisiones del paciente, expresada su libre voluntad mediante el consentimiento informado.
- Justicia: principio universal y social que recuerda la limitación de los recursos sanitarios, por lo que deben establecerse prioridades justas de los mismos.

En todo momento debe prevalecer la cultura de una práctica médica segura y fundamentada en la medicina basada en la evidencia, y que añaden aspectos exclusivos del entorno en el que se desarrolla la práctica quirúrgica, que le confieren mayor complejidad en su exigencia ética y moral^{4,6}.

Algunos autores utilizan el término de “ética quirúrgica” o “cirugía basada en la evidencia”; en ambos casos se destaca el uso sistemático, científico y explícito de la evidencia más actual en la toma de decisiones, pues cuidar es una necesidad derivada de la condición limitada y vulnerable del ser humano⁶.

Se distinguen hasta cinco pilares dentro del campo moral de la relación entre cirujano, paciente y familia, y que incluyen al cirujano oral y maxilofacial; por un lado aquellos relacionados con la experiencia del paciente, como son la proximidad, el sufrimiento, el rescate y las secuelas, y por otro lado el que se corresponde con la presencia del cirujano durante todo el proceso o recorrido como categoría éticamente normativa, que será la que marque la diferencia⁶.

Actualmente debemos reconocer la nula interacción entre la bioética y la cirugía maxilofacial en la literatura, quedando únicamente, o posiblemente, relacionadas en el ámbito individual y moral de cada cirujano.

Este hecho puede estar relacionado con dos aspectos comprensibles: por un lado el reconocimiento de que nuestra especialidad como disciplina propia es relativamente reciente; aunque existen referencias antiguas, no será hasta el siglo XX, con el desarrollo de la ciencia y técnica quirúrgica facial, cuando surge la necesidad de desarrollar una especialidad dedicada a una área específica y a una patología hasta entonces huérfana¹. De igual manera, la bioética ha existido desde siempre, pero no será hasta el siglo XX cuando se entiende como una disciplina propia, como un elemento esencial de la medicina y como una respuesta para la salvaguarda del ser humano frente al enorme avance de la ciencia². Por otro lado, la relación entre los cirujanos y pacientes ha sido tradicionalmente muy técnica o paternalista, ciñéndose únicamente al código deontológico^{7,8}.

Cada vez es mayor la implicación entre la cirugía oral y maxilofacial y el desarrollo científico-técnico, de forma que la diligencia y competencia quirúrgica del cirujano son elementos clave de la especialidad. Sin embargo, son nulas las referencias que hacen mención a la práctica ética y moral que ha de guiar de manera efectiva la actuación del cirujano maxilofacial durante el desarrollo amplio y holístico de su actividad asistencial y/o quirúrgica^{7,8}.

No debemos olvidar que algunos procesos nosológicos, como el cáncer oral o el cáncer de cabeza y cuello, pueden y suelen alcanzar etapas avanzadas, donde las expectativas vitales reales son cada vez más reducidas y ante las cuales el cirujano debe estar preparado para dar una respuesta adecuada y ética, es decir, debe ser competente en el arte de la cirugía, pero también, responsable en el modelo de relación asistencial y mantenimiento ético y moral de esta relación durante todo el proceso, pues cuidar supone el esfuerzo por fundamentar la respuesta ética ante la fragilidad de la persona asociada a la enfermedad⁷⁻¹⁰.

Son muy numerosas las referencias a nuevos procedimientos, proyectos de investigación, estudios de complicaciones, mejora de las secuelas, e incluso referencias hacia nuevas líneas de desarrollo o innovación. Pero hay una ausencia notable ante interrogantes relacionados en “cómo tratar, por qué tratar, y si es ético todo lo que se puede hacer”, todos ellos aspectos esenciales que se desarrollan plenamente desde la bioética y medicina actuales^{9,10}.

BIBLIOGRAFÍA

1. García García A, Franco Grande A, Gándara Rey JM, Somoza Martín JM. Apuntes sobre la cirugía maxilofacial en España en el siglo XIX y principios del siglo XX. Rev Esp Cir Oral Maxilofac. 1997;19(4): 217-29.
2. Potter, VR. Fragmented Ethics and “Bring Bioethics”. The Hastings Center Report. 1999;29(1):38. DOI: 10.2307/3528538.
3. Peabody FW. Landmark article March 19, 1927: The care of the patient. By Francis W. Peabody. JAMA. 1984.10;252(6): 813-8. DOI: 10.1001/jama.252.6.813.
4. Vivas JF. Formación ética del cirujano. Rev Venez Cirugía. 2020;66(3): 120-3.
5. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de Ética Biomédica. 4.ª ed. Barcelona: Editorial Masson; 1989. p. 113-311.
6. Little M. Invited commentary: is there a distinctively surgical ethics? Surgery. 2001;129(6):668-71. DOI: 10.1067/msy.2001.111213.
7. Ferreres AR. Ethics and Surgery in the 21(st) century. Cir Esp. 2015; 93(6):357-8. DOI: 10.1016/j.ciresp.2014.12.002.
8. Rubin MA. The collaborative autonomy model of medical decision-making. Neurocrit Care. 2014;20(2):311-8. DOI: 10.1007/s12028-013-9922-2.
9. Angelos P. The ethical challenges of surgical innovation for patient care. Lancet. 2010;(25);376(9746):1046-7. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61474-2.
10. Busquets Alibes E. Ética del Cuidado en Ciencias de la Salud. Barcelona: Editorial Herder; 2019. p. 13-27.