

Dilemas Éticos en la Práctica Quirúrgica

Ethical Dilemmas in Surgical Practice

Carlos Manterola^{1,2}; Nataniel Claros^{3,4}; Josue Rivadeneira² & Sofía Bendel⁵

MANTEROLA, C.; CLAROS, N.; RIVADENEIRA, J. & BENDEL, S. Dilemas éticos en la práctica quirúrgica. *Int. J. Morphol.*, 43(2):479-485, 2025.

RESUMEN: La práctica de la cirugía se basa en las capacidades, conocimientos y capacidad de juicio del operador. Es así como los cirujanos suelen enfrentar situaciones que cuestionan las elecciones morales y dificultades éticas en su práctica cotidiana. El incremento permanente y en ocasiones explosivo del desarrollo de tecnologías, permite realizar cirugía cada vez más complejas; y a medida que esto ocurre, los riesgos se vuelven mayores, y las herramientas necesarias para abordar un caso éticamente desafiante son más relevantes. La ética quirúrgica puede distinguirse de otros campos de la ética médica debido a sus características y objetivos únicos; de tal modo que se considera que un cirujano competente no solo es capaz de practicar el arte y la ciencia de la cirugía tal como se entiende tradicionalmente, sino que también es ética y moralmente confiable. El objetivo de este manuscrito fue resumir la información referente a algunos dilemas éticos en la práctica quirúrgica; comenzando con el desarrollo de algunos aspectos históricos, para luego desarrollar elementos relacionados con el consentimiento informado, el paradigma de la toma de decisiones compartidas en la práctica quirúrgica, el rol de la confidencialidad en la relación cirujano-paciente, las obligaciones y regulaciones de la práctica quirúrgica, algunos aspectos conductuales, así como de la realización de cirugías innecesarias.

PALABRAS CLAVE: Ética; Consentimiento informado; Toma de decisiones compartida; Cirugía.

INTRODUCCIÓN

Allen Richard Selzer, cirujano y escritor norteamericano (1928-2016), acuñó el concepto de la "hermandad del cuchillo", a la cual pertenecían todos los cirujanos. Sin embargo, éste se ha ido diluyendo en el tiempo porque la especialización quirúrgica ha ido terminando con el sentido de pertenencia, ya que un oftalmólogo y un traumatólogo de cadera podrían sentirse tan conectados entre sí como sus referentes anatómicos. No obstante ello, más allá de las diferencias obvias en la especialización, aún hay mucho que une a los cirujanos de todas las disciplinas; y esto, porque para los cirujanos, "el cuchillo" sirve para salvar, prolongar o mejorar la calidad de vida; y el dominio del instrumento es común a todos los cirujanos; pero así como resulta esencial saber utilizarlo; también lo es el saber cuándo empuñarlo, es decir, cuándo operar o no; y cuándo dejar que opere alguien más experimentado (Sokol, 2013).

La práctica quirúrgica se basa en una serie de capacidades técnicas del operador (téchne: acción eficaz),

conocimientos (episteme), y capacidad de juicio (phronesis: sabiduría práctica y prudencia), las que conforman un constructo cuya adecuada distribución dimensional, dan como resultado a un cirujano integral (Fig. 1). Es así como, a menudo, los cirujanos deben enfrentar situaciones que cuestionan las elecciones morales y enfrentan dificultades éticas en su práctica cotidiana. De hecho, el desarrollo tecnológico progresa de forma constante y vertiginosa, permitiéndonos realizar cirugías cada vez más complejas; y a medida que esto ocurre, los riesgos incrementan, y las herramientas necesarias para abordar un caso éticamente desafiante se vuelven más relevantes (Pellegrini & Ferreres, 2014).

La práctica quirúrgica se caracteriza por peculiaridades únicas: daña antes de curar, es invasiva y penetra el cuerpo del paciente, la toma de decisiones se realiza generalmente en circunstancias de incertidumbre; y está sujeta a riesgos, accidentes, errores, complicaciones y secuelas (Ferreres, 2015).

¹ Universidad de La Frontera, Centro de Estudios Morfológicos y Quirúrgicos (CEMyQ), Chile.

² Universidad de La Frontera, Programa de Doctorado en Ciencias Médicas, Chile.

³ Servicio de Cirugía, Hospital Obrero N°1, La Paz, Bolivia.

⁴ Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, Bolivia.

⁵ Universidad San Sebastián, Santiago, Chile.

Financiamiento. Parcialmente financiado por el proyecto DI19-0030, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.



Fig. 1. Competencias en las que se basa la práctica quirúrgica (capacidades técnicas, conocimientos, y capacidad de juicio).

El comportamiento ético siempre ha estado profundamente arraigado en la cultura quirúrgica (Sade & Kavarana, 2017); pero la ética quirúrgica puede distinguirse de otros campos de la ética médica debido a sus características y objetivos únicos; de tal modo que se considera que un cirujano competente no solo es capaz de realizar el arte y la ciencia de la cirugía tal como se entiende tradicionalmente, sino que también debe ser ética y moralmente confiable (Ferrerres & Angelos, 2014); pues se ha de considerar una premisa fundamental, que es que una vez anestesiado, el enfermo es incapaz de participar en la toma de decisiones; y es el cirujano el que tiene el control absoluto en ellas (Arrea Baixench, 1999; Castejón Cruz *et al.*, 2018).

En este manuscrito delinearemos algunos principios claves en la ética de la práctica quirúrgica, repasando algunos aspectos históricos, tópicos del consentimiento informado, el rol de la toma de decisiones compartidas (TDC) en el ámbito quirúrgico, la relevancia de la confidencialidad, las obligaciones del cirujano y sus regulaciones, aspecto a destacar en la conducta del cirujano; y la compleja temática de la cirugía innecesaria.

El objetivo de este manuscrito fue resumir la información referente a algunos dilemas éticos en la práctica quirúrgica.

ASPECTOS HISTÓRICOS

El término cirugía deriva del griego *kheiros* (manos); y *ergon* (obra); por lo que el concepto se puede resumir como aquella parte de la medicina que intenta curar enfermedades por obra de las manos (Arroyo, 2008). Y sus inicios son tan antiguos como la historia del hombre. Es así como existe

evidencia de trepanaciones en el Paleolítico (Charlier *et al.*, 2006); aunque, su utilización se hizo frecuente en el Neolítico, tanto por los cabilas como por los neocaledonios, presumiblemente para aliviar cefaleas intensas y persistentes de causa desconocida que exigían alivio, o debido a huesos fracturados que presentaban astillas, para lograr la eliminación de estos. La evidencia de procesos cicatriciales de los huesos del cráneo, sugieren que los individuos trepanados sobrevivieron al procedimiento por largos períodos (Prehistoric surgery, 2019). No obstante ello, es muy posible que a la sazón, los posibles dilemas éticos de aquellas prácticas no eran significativos.

Hipócrates en su *Corpus hippocraticum* escribió algunos textos sobre cirugía y ética médica, en áreas relacionadas con heridas de la cabeza, articulaciones, fracturas, y ginecología entre otros. Mención especial merecen escritos respecto de técnicas de trepanación, que influyeron en la evolución de la medicina y la neurocirugía a lo largo de los siglos (Missios, 2007). Por su parte, los egipcios incrementaron las indicaciones y desarrollaron instrumental para la práctica de este tipo de cirugías (Collado-Vázquez & Carrillo, 2014), así como además, sentaron las bases de algunos procedimientos ortopédicos, de cirugía torácica, de cataratas, etc. (el-Zawahry *et al.*, 1997).

Pero no todo era tan sencillo, ni se permitía simplemente “hacer por hacer”. En diversas culturas se desarrollaron códigos de buenas prácticas, que de algún modo velaban por la observación de ciertos principios éticos de la práctica quirúrgica. Es así como Hammurabi, gobernador de Babilonia en Mesopotamia, desarrolló el código que lleva su nombre (1760 a. C.), y que comprende 282 leyes inscritas en una piedra, que incluían castigos judiciales para las transgresiones (de hecho, se invocó el principio de la Ley del Talión: un ojo por un ojo; un diente por un diente); de este modo, reza: “si un médico abre un absceso con un cuchillo de bronce y mata al paciente o suprime la visión por uno de los ojos, sus manos serán amputadas”; “si el paciente es un esclavo, deberá reemplazarlo con un nuevo esclavo”; “si solamente la vista del esclavo se pierde, pero no su vida, el médico debe pagar la mitad del valor del esclavo”. Posteriormente, aparecieron los papiros médicos del antiguo Egipto (como el de Edwin Smith, del 1600 a. C.), los que junto a algunas de las leyes del código de Hammurabi, se consideran los precursores de las “leyes médicas” (Pearn, 2016).

Pero fue el francés Ambroise Paré (1510-1590), el barbero convertido en médico de los reyes de Francia, el que cambió la cirugía para siempre; al definir entre otras, algunas dimensiones básicas de la práctica quirúrgica: eliminar lo superfluo, restaurar lo dislocado, separar lo que

se ha unido, reunir lo que se ha dividido, y reparar los defectos de la naturaleza. Por ello, es considerado el “padre de la cirugía” (Arroyo, 2008; Cardenas, 2020).

En 1800 se incorporó el Royal College of Surgeons (RCS) de Inglaterra, que promulgó las normas regulatorias para la práctica de los cirujanos de la Corona. En 1913 se fundó el Colegio Americano de Cirujanos (ACS); y en el intertanto, fueron desarrollándose numerosas sociedades científicas quirúrgicas como el RCS of Edinburgh, y el International College of Surgeons (ICS). Y en Hispanoamérica, la Asociación Española de Cirugía, y la Sociedad de Cirujanos de Chile, entre otras; todas las cuales han permitido, mediante la evaluación por pares, establecer principios éticos regulatorios para los cirujanos y dictar normas y estándares para la práctica quirúrgica.

Es menester a estas alturas, citar al consentimiento informado (CI); el que comenzó a desarrollarse en las décadas de 1950 y 1960, debido a la necesidad de obtener una autorización por parte de los pacientes para la realización de algunos procedimientos quirúrgicos (Capron, 1987; Beauchamp, 2011). Sus principales hitos judiciales han sido: la necesidad de proceder según el acuerdo preoperatorio (Mohr vs. Williams; 1905, EE. UU.); el precepto que “todo ser humano adulto y en pleno uso de sus facultades mentales tiene derecho a decidir qué se hará con su propio cuerpo” (Schloendorff vs. Society of New York Hospital; 1914, EE. UU.); el Principio de Bolam (Bolam vs. Friern Hospital Management Committee; 1957, Reino Unido); la introducción del término “consentimiento informado” (Salgo vs. Leland Stanford Jr. University Board of Trustees; 1957, EE.UU.); el estándar razonable de un paciente (Canterbury vs. Spence; 1972, Reino Unido); el riesgo de “no actuar o posponer” (Truman vs. Thomas; 1980, EE.UU.); y, el “estándar del médico razonable” (Roger vs. Whittaker; 1992, Australia) (Cainzos & González-Vinagre, 2014).

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la práctica quirúrgica, el concepto de CI involucra la aceptación voluntaria de un acto quirúrgico por parte de un paciente, luego de una adecuada explicación de los riesgos, beneficios, y alternativas disponibles (Cainzos & González-Vinagre, 2014).

Una de las ventajas de su práctica habitual es contar con la cooperación del paciente y familiares durante el proceso diagnóstico-terapéutico y de seguimiento; y otra, es que puede ser de utilidad en la toma de decisiones en salud.

Las excepciones a su aplicación tienen que ver con pacientes cursando emergencias con riesgo vital, pues en

esos casos se debe anteponer el concepto del “privilegio terapéutico”. Otras cuestiones a considerar son: el denominado “fundamento de la verdad tolerable”; relacionado con la cantidad, profundidad y detalle de la información que se le entrega al paciente respecto de su enfermedad; la que debe ser suficiente pero adecuada para que la pueda tolerar sin crearle más problemas ni agravar los que ya padece. Los pacientes con discapacidad mental, en los que se pueden utilizar sus períodos de lucidez, recurrir a ayuda con psiquiatras, o de familiares directos para informarlos. La negativa del paciente o de sus familiares por principios religiosos; situación en la que antes que nada requiere del respeto tanto hacia el credo como a la decisión; y ante la cual se recomienda solicitar la ayuda de teólogos, religiosos, capellanes, etc. (Arrea Baixench, 1999; Castejón Cruz *et al.*, 2018).

El CI es un importante componente de la buena práctica quirúrgica. Se han investigado medidas para mejorar la calidad del CI, pero no está claro qué técnicas funcionan mejor y por qué; sin embargo, existe evidencia que sustenta el hecho que hay 6 dimensiones relevantes, y que se encuentran relacionadas con: las características del paciente, el nivel de conocimiento de este, la comunicación, el denominado “paciente modelo”, la confianza entre del paciente para con su cirujano, y la toma de decisiones (Convie *et al.*, 2020).

Sin embargo, el CI debe obtenerlo el que va a llevar a cabo el procedimiento; pues dejarlo en manos de un asistente puede constituir un riesgo. No obstante ello, desde el punto de vista formativo, es deseable que tanto residentes como internos participen del proceso de aplicación del CI, pues esto ayudará a una mejor comprensión por parte del enfermo y sus familiares, del rol que juegan estos colaboradores en formación en la mecánica del equipo de trabajo, tanto desde lo administrativo como del entrenamiento de estos (Cainzos & González-Vinagre, 2014).

Para lograr el CI del paciente, el cirujano debe cubrir tres dimensiones: 1) entregar información del diagnóstico, de los lineamientos necesarios de tratamiento (alternativas de cirugía, o de tratamiento médico, cuando esa posibilidad exista); de la evolución esperable con y sin tratamiento, y de la posibilidad de eventuales complicaciones asociadas. 2) Dar un mensaje claro y preciso, en un lenguaje apropiado para que el paciente pueda comprenderlo. 3) Permitir que el paciente tome la decisión con la información que se le ha suministrado (Paredes *et al.*, 2020).

¿Qué hacer con pacientes indecisos o que rechazan cirugía? Esto puede ser más frecuente de observar en casos de pacientes que cursan con enfermedades graves, como las

neoplasias; en los que posiblemente, y respetando el fundamento de la verdad tolerable, sea necesario explicar los alcances diagnóstico-terapéuticos y pronósticos con mayor detalle (Hoppenot *et al.*, 2023).

TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS

La relación médico-paciente ha cambiado notablemente con el paso del tiempo. Un elemento crítico de esta relación es la toma de decisiones debido a que, por un lado, el cirujano tiene una posición privilegiada respecto del conocimiento y uso de la información; y por el otro, el enfermo es quien autoriza o no, a que se le aplique un procedimiento diagnóstico, terapéutico o quirúrgico. Es así como hace algunas décadas, la decisión de realizar una cirugía era casi exclusiva del cirujano, jugando el paciente un rol pasivo de aceptar o rechazar la propuesta. Sin embargo, la práctica quirúrgica actual implica tener en cuenta las preferencias de los pacientes en las decisiones en salud (Niburski *et al.*, 2020a,b).

El concepto de TDC, se podría resumir como un modelo para la toma de decisiones sensibles a las preferencias, en el que la participación del enfermo (beneficencia vs. autonomía), permite alejarse del paternalismo clásico (Shinkunas *et al.*, 2013) (Fig. 2).

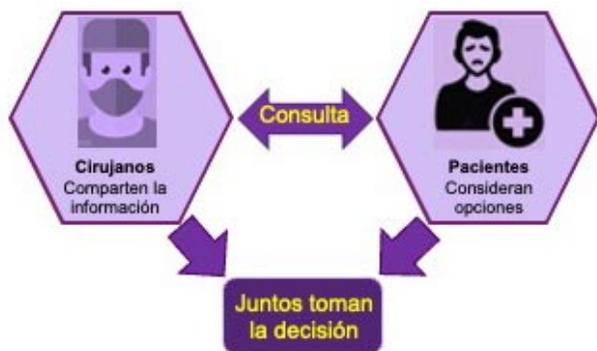


Fig. 2. Esquema del modelo de atención "toma de decisiones compartidas" (shared decision making).

La TDC se ha considerado un avance, tanto en el campo de la ética médica como en el de la investigación sobre servicios de salud, y consta de 4 etapas: 1) el profesional informa al paciente que se va a tomar una decisión y que su opinión (como paciente), es importante. 2) el cirujano explica las opciones, ventajas y desventajas; se discuten las preferencias del paciente, y el cirujano lo apoya en la deliberación. 3) paciente y cirujano discuten sobre el deseo del primero, para tomar la decisión de común acuerdo (Stiggelbout *et al.*, 2015). No obstante ello, tanto

en la consulta externa como en la visita al paciente hospitalizado, el tiempo es cada vez más limitado, por lo que implementar estos procesos es complejo. Es así como se habla de la "macdonalización de la medicina" por el traslado de algunos principios desde los restaurantes de comida rápida a la medicina. Esto incluye: la eficiencia (reducción del tiempo de contacto con el paciente), a veces mal entendida, porque la cantidad predomina sobre calidad; la uniformidad en los tiempos de consulta; el abuso de las listas de chequeo; la idea de la productividad por encima de otras consideraciones; y, la estandarización terapéutica según tipo de enfermedad, sin considerar las necesidades individuales de los pacientes (Dorsey & Ritzer, 2016).

Es muy posible que la TDC en la práctica quirúrgica de urgencias no tenga espacios debido a las características propias de los pacientes, las enfermedades y los contextos. Pero en el ámbito de la cirugía electiva existe evidencia de su utilización, aunque los reportes son escasos, destacando los ámbitos de cirugía de cabeza y cuello, cirugía vascular, cirugía torácica, cirugía bariátrica, cirugía oncológica, urología, ginecología, y ortopedia (Niburski *et al.*, 2020a,b). Por otra parte, existe evidencia de que la práctica de TDC en cirugía, puede ayudar a disminuir el conflicto decisional y la ansiedad, incrementar el conocimiento retenido, determinar mayor nivel de satisfacción con la decisión; e incrementar la confianza en el cirujano y su equipo (Shinkunas *et al.*, 2013).

CONFIDENCIALIDAD

La confidencialidad se encuentra íntimamente relacionada con la privacidad, y coincide con el límite que ponemos para que otros puedan invadir nuestro cuerpo, pensamientos o sentimientos. Es así como la entre el cirujano y el paciente tiene una naturaleza esencialmente beneficiaria, basada en la honestidad y la confianza (Fig. 3); ya que los pacientes entregan parte de su privacidad al suministrar sus datos personales, asumiendo que estarán protegidos en el documento y no se harán públicos; extendiendo de este modo la responsabilidad de mantener los principios de no maleficencia y beneficencia (Varkey, 2021).

Los cirujanos están obligados a no divulgar información confidencial proporcionada por un paciente sin su autorización; con excepción (previa autorización implícita del paciente), del intercambio de información médica para su propio cuidado con el resto de los integrantes del equipo de salud. Sin embargo, los centros de salud suelen disponer de múltiples consultores, lo que asociado al uso de los registros electrónicos, ha generado cierto deterioro de la confidencialidad (Sankar *et al.*, 2003).



Fig. 3. La relación cirujano-paciente tiene una naturaleza esencialmente beneficiaria, con base en la honestidad y confianza; y la responsabilidad ética de mantener los principios de no maleficencia y beneficencia. Adaptado de Chamberlain *et al.* (2012).

A esto se ha de agregar lo público que se hecho el uso de la ficha clínica, a la que hoy pueden tener acceso los familiares y visitas de los pacientes hospitalizados, a quienes es común ver hurgando entre reportes, resultados de exámenes, descripciones operatorias y resultados de biopsias.

No obstante ello, existen límites a la obligación de confidencialidad, como aquellas situaciones de beneficio público, que hacen colisionar los derechos de privacidad del individuo con el potencial daño de los beneficios públicos; por ejemplo la vacunación en las escuelas, el informe legalmente requerido de lesiones por armas blancas y de fuego, entre otros; así como aquellas situaciones en las que se advierte un peligro público que pone en riesgo la protección individual pudiendo causar un daño mayor a otra persona; por ejemplo una agresión familiar, enfermedades de transmisión sexual, etc., ante las que debe realizarse el reporte (Weiss *et al.*, 1986; Müller *et al.*, 2019).

OBLIGACIONES DEL CIRUJANO Y SUS REGULACIONES

Obligaciones y reglas. El cirujano debe antes que nada, ejercer la cirugía con capacidad técnica, conocimientos, y humanismo; así como, buscar los beneficios para el paciente generando el menor daño posible.

Regulaciones. Los adelantos quirúrgicos y la creciente complejidad de los procedimientos hacen muy dificultosa su evaluación, ya que para hacerlo se requiere de un cúmulo de conocimientos y experiencias que sólo tiene el propio cirujano. Esta ausencia de regulación de los procedimientos

quirúrgicos contrasta con la de los productos farmacéuticos, que solo pueden ser introducidos después de la revisión de resultados de investigaciones clínicas.

Los procedimientos quirúrgicos, suelen transmitirse de profesor a alumno, con el resultado de que los enfoques pueden variar de forma considerable, según las escuelas formativas.

Si diferentes técnicas producen resultados diferentes no siempre está claro, en parte porque la ausencia de regulación significa que la evidencia a menudo no se genera de forma sistemática o se encuentra disponible en formatos que no permiten la comparación.

Por todo ello, se ha sugerido que la cirugía debiera autorregularse, de modo tal de disuadir la práctica de cirugías de beneficio no comprobado. Es así como en el caso de procedimientos quirúrgicos innovadores (a diferencia de los establecidos), los estudios clínicos podrían ser desfavorecidos debido a la preocupación de que los pacientes desesperados podrían someterse imprudentemente a tratamientos experimentales riesgosos llevados a cabo por investigadores excesivamente entusiastas.

La falta de regulación tiene implicancias en la calidad de la evidencia disponible para apoyar una elección óptima entre las alternativas disponibles para el cirujano, ya sean innovadoras o estándar, quirúrgicas o no quirúrgicas (Darrow, 2017).

CONDUCTA DEL CIRUJANO

La formación de un cirujano es un proceso complejo, influenciado por las siguientes dimensiones: factores individuales, como rasgos propios y experiencias personales de vida; relaciones interpersonales, como aquellas generadas con los pacientes, las comparaciones con otras especialidades, subespecialidades, campos no procedimentales, y creencias sobre el rol del cirujano; influencias externas y cómo el entorno de práctica y la cultura pueden influir en el comportamiento del cirujano, lo que incluye opiniones sobre la mentalidad del cirujano, estereotipos impuestos y cómo la cultura moldea la atención al paciente; y, la experiencia profesional en la toma de decisiones y patrones de práctica (Rivard *et al.*, 2022).

De este modo, se entiende que un acto quirúrgico no sólo requiere de destrezas, sino de la sublimidad propia de una liturgia; es decir, debe aplicarse a todos quienes lo requieran por igual.

Por otra parte, se ha de mantener una ética intachable con los pares, en base a solidaridad, respeto, lealtad, y

asistencia. No causar iatrogenia y cumplir el contrato cirujano-paciente o su representante legal. Y, no prometer, asegurar ni garantizar la cura; sólo, poner empeño, diligencia, pericia, conocimiento, prudencia y cuidado para una correcta ejecución del acto (Luc *et al.*, 2021).

CIRUGÍA INNECESARIA

Se define como cualquier intervención quirúrgica que no sea necesaria, no esté indicada o no sea lo mejor para el paciente al compararla con otras alternativas, incluidas las medidas conservadoras (Stahel *et al.*, 2017). Es decir, se trata de procedimientos carentes de un real beneficio para los enfermos; por ende, se considera contraria a los principios de: no-maleficencia, pues no consideran las consecuencias de eventuales complicaciones; justicia, ya que se asocian a gastos superfluos e inadecuado uso de recursos; y, de veracidad, puesto que violentan el CI.

Los factores relacionados con este problema pueden ser múltiples y variados, pero destacan la intención de lucro desmedido, la exigencia de los pacientes, la necesidad de recuperar inversiones en equipos modernos, la necesidad de obtener destrezas y acortar curva de aprendizaje, y la de adquirir prestigio en el campo de una determinada patología (Stahel *et al.*, 2017; Ferreres, 2023).

A modo de ejemplo está la elevada tasa de cesáreas electivas sin justificación técnica de los últimos decenios, lo que se conoce como “cesárea de complacencia”, o a solicitud de la paciente.

Así mismo, están el caso de las apendicectomías posteriores a una laparoscopia diagnóstica en pacientes con dolor abdominal de origen no precisado; y del estímulo a la aceptación de tecnologías modernas, con intenciones de mercadotecnia, como la cirugía robótica para realizar apendicectomías, colecistectomías, etc.

CONCLUSIONES

Los dilemas éticos en la práctica quirúrgica son comunes y muy diversos; por lo que solo hemos tocado algunos de ellos, pues cubrir todas las aristas de la ética quirúrgica, sería demasiado extenso.

Para los cirujanos, dilemas éticos no sólo no disminuirán, sino que muy posiblemente incrementarán. Los desafíos a la integridad profesional serán particularmente problemáticos a medida que las intrusiones burocráticas en la práctica quirúrgica se acentúan.

Las relaciones entre los cirujanos y la industria

seguirán siendo objeto de escrutinio, por lo que deberán ser prudentes al evaluar sus tratos con colegas de la industria en el contexto de las políticas públicas e institucionales.

MANTEROLA, C.; CLAROS, N.; RIVADENEIRA, J. & BENDEL, S. Ethical dilemmas in surgical practice. *Int. J. Morphol.*, 43(2):479-485, 2025.

SUMMARY: Surgical practice relies on the operator's skills, knowledge, and judgment. Surgeons often face situations that challenge their moral choices and ethical dilemmas in their daily practice. The continuous and sometimes rapid development of technologies allows for increasingly complex surgeries; as this occurs, the risks become greater, and the tools needed to address an ethically challenging case become more relevant. Surgical ethics can be distinguished from other fields of medical ethics due to its unique characteristics and objectives. A competent surgeon is not only capable of practicing the art and science of surgery as traditionally understood but is also ethically and morally trustworthy. The aim of this manuscript was to summarize information regarding some ethical dilemmas in surgical practice. It begins with the development of some historical aspects, and then explores elements related to informed consent, the paradigm of shared decision-making in surgical practice, the role of confidentiality in the surgeon-patient relationship, the obligations and regulations of surgical practice, some behavioral aspects, as well as the performance of unnecessary surgeries.

KEY WORDS: Ethics; Informed consent; Shared decision making; Surgery.

REFERENCIAS

- Arrea Baixench, C. Ética quirúrgica. *A. M. C.*, 41(Supl. 1):15-24, 1999.
- Arroyo, F. Reflexiones éticas en la práctica de la cirugía. *Rev. Chil. Cir.*, 60(4):352-6, 2008.
- Beauchamp, T. L. Informed consent: its history, meaning, and present challenges. *Camb. Q. Healthc. Ethics*, 20(4):515-23, 2011.
- Cainzos, M. A. & González-Vinagre, S. Informed consent in surgery. *World J. Surg.*, 38(7):1587-93, 2014.
- Capron, A. M. (Almost) everything you ever wanted to know about informed consent. [Review of: Faden, RR and Beauchamp, TL. A history and theory of informed consent. New York and Oxford: Oxford University Press, 1986]. *Med. Humanit. Rev.*, 1(1):78-82, 1987.
- Cardenas, D. Surgical ethics: a framework for surgeons, patients, and society. *Rev. Col. Bras. Cir.*, 47:e20202519, 2020.
- Castejón Cruz, O. A.; Hernández Pacheco, H. L.; Núñez Savoff, R. A. & Bush Wood, S. W. Dilemas éticos en la práctica clínica quirúrgica y gineco obstétrica. *Rev. Med. Hondur.*, 86(3-4):138-43, 2018.
- Chamberlain, C. J.; Koniaris, L. G.; Wu, A. W. & Pawlik, T. M. Disclosure of "nonharmful" medical errors and other events: duty to disclose. *Arch. Surg.*, 147(3):282-6, 2012.
- Charlier, P.; Catalano, P. & Digiannantonio, S. La paléochirurgie ou la naissance de la chirurgie. *J. Chir. (Paris)*, 143(5):323-4, 2006.
- Collado-Vázquez, S. & Carrillo, J. M. Cranial trepanation in the Egyptian. *Neurologia*, 29(7):433-40, 2014.
- Convie, L. J.; Carson, E.; McCusker, D.; McCain, R. S.; McKinley, N.; Campbell, W. J.; Kirk, S. J. & Clarke, M. The patient and clinician experience of informed consent for surgery: a systematic review of the qualitative evidence. *BMC Med. Ethics*, 21(1):58, 2020.

- Darrow, J. J. Explaining the absence of surgical procedure regulation. *Cornell J. Law Public Policy*, 27(1):189-206, 2017.
- Dorsey, E. R. & Ritzer, G. The McDonaldization of Medicine. *JAMA Neurol.*, 73(1):15-6, 2016.
- el-Zawahry, M. D.; Ramzy, A. F.; el-Sahwi, E.; Bahnasy, A. F.; Khafaga, M.; Rizk-Allah, M. A. & Abou el-Hoda, M. F. Surgery in Egypt. *Arch. Surg.*, 132(7):698-702, 1997.
- Ferreres, A. R. Unnecessary surgery. *Cir. Esp. (Engl. Ed.)*, 101(12):813-5, 2023.
- Ferreres, A. R. Ética y cirugía en el siglo XXI. *Cir. Esp.*, 93(6):357-8, 2015.
- Ferreres, A. & Angelos, P. Surgical Ethics Symposium: ethical dilemmas in surgical practice. *World J. Surg.*, 38(7):1567, 2014.
- Hoppenot, C.; Bryan, A. F.; Wightman, S. C.; Yin, V.; Ferguson, B. D.; Bidadi, S.; Mitchell, M. B.; Langerman, A. J.; Angelos, P. & Singh, P. Surgical informed consent: new challenges. *Curr. Probl. Surg.*, 60(2):101258, 2023.
- Luc, J. G. Y.; Corsini, E. M.; Mitchell, K. G.; Correa, A. M.; Turner, N. S.; Vaporciyan, A. A. & Antonoff, M. B. Effect of operating room personnel generation on perceptions and responses to surgeon behavior. *Am. Surg.*, 87(12):1934-45, 2021.
- Missios, S. Hippocrates, Galen, and the uses of trepanation in the ancient classical world. *Neurosurg. Focus*, 23(1):E11, 2007.
- Müller, E. C.; Zimmermann, J.; Menzdorf, L. & Kühne, C. A. Medical confidentiality. *Unfallchirurg.*, 122(9):719-29, 2019.
- Niburski, K.; Guadagno, E.; Mohtashami, S. & Poenaru, D. Shared decision making in surgery: A scoping review of the literature. *Health Expect.*, 23(5):1241-9, 2020a.
- Niburski, K.; Guadagno, E.; Abbasgholizadeh-Rahimi, S. & Poenaru, D. Shared decision making in surgery: a meta-analysis of existing literature. *Patient*. 13(6):667-81, 2020b.
- No authors listed. Prehistoric surgery. *JAMA*, 321(1):110, 2019.
- Paredes, A. Z.; Aquina, C. T.; Selby, L. V.; DiFilippo, S. & Pawlik, T. M. Increasing importance of ethics in surgical decision making. *Adv. Surg.*, 54:251-63, 2020.
- Pearn, J. Hammurabi's Code: A primary datum in the conjoined professions of medicine and law. *Med. Leg. J.*, 84(3):125-31, 2016.
- Pellegrini, C. A. & Ferreres, A. Surgical Ethics Symposium "Ethical Dilemmas in Surgical Practice". *World J. Surg.*, 38(7):1565-6, 2014.
- Rivard, S. J.; Vitous, C. A.; De Roo, A. C.; Bamdad, M. C.; Jafri, S. M.; Byrnes, M. E. & Suwanabol, P. A. "The captain of the ship." A qualitative investigation of surgeon identity formation. *Am. J. Surg.*, 224(1 Pt. B):284-91, 2022.
- Sade, R. M. & Kavarana, M. N. Surgical ethics: today and tomorrow. *Future Cardiol.*, 13(6):567-78, 2017.
- Sankar, P.; Mora, S.; Merz, J. F. & Jones, N. L. Patient perspectives of medical confidentiality: a review of the literature. *J. Gen. Intern. Med.*, 18(8):659-69, 2003.
- Shinkunas, L. A.; Klipowicz, C. J. & Carlisle, E. M. Shared decision making in surgery: a scoping review of patient and surgeon preferences. *BMC Med. Inform. Decis. Mak.*, 20(1):190, 2020.
- Sokol, D. K. Surgical ethics. *Br. J. Surg.*, 100(S6):S22-S24, 2013.
- Stahel, P. F.; VanderHeiden, T. F. & Kim, F. J. Why do surgeons continue to perform unnecessary surgery? *Patient Saf. Surg.*, 11:1, 2017.
- Stiggelbout, A. M.; Pieterse, A. H. & De Haes, J. C. J. M. decision making: Concepts, evidence, and practice. *Patient Educ. Couns.*, 98(10):1172-9, 2015.
- Varkey, B. Principles of clinical ethics and their application to practice. *Med. Princ. Pract.*, 30(1):17-28, 2021.
- Weiss, B. D.; Senf, J. H.; Carter, J. Z. & Rothe, T. C. Confidentiality expectations of patients in teaching hospital clinics versus private practice offices. *Soc. Sci. Med.*, 23(4):387-91, 1986.

Autor de correspondencia:
Dr. Carlos Manterola
CEMyQ
Universidad de La Frontera
Francisco Salazar 01145
Temuco
CHILE

E-mail: carlos.manterola@ufrontera.cl