

# Oncología Quirúrgica: ¿necesidad de nuevos paradigmas en la relación médico-paciente?

## *Surgical Oncology: Are new paradigms necessary in the doctor-patient relationship?*

Pedro CARDA ABELLA\*<sup>ORCID</sup>, Augusto GARCÍA VILLANUEVA\*<sup>ORCID</sup>

\* Cátedra de Oncología Quirúrgica  
ASISA/UAH (COQ\_ASISA-UAH)

**Autor de correspondencia:**  
Pedro Carda Abella.  
ORCID: 0000-0001-7104-1959  
Cátedra Oncología Quirúrgica.  
Pabellón Docente  
Hospital Ramon y Cajal,  
M-607,9,100. Madrid

Recibido: 05-03-2024  
Revisado: 07-03-2024  
Aceptado: 12-03-2024  
Published: 15-04-2024

**Descargo de responsabilidad/  
Nota del editor:**

*Las declaraciones, opiniones y datos contenidos en todas las publicaciones pertenecen exclusivamente a los autores y colaboradores individuales y no a Dykinson S.L. ni a los editores. Dykinson S.L. y/o el(los) editor(es) declinan toda responsabilidad por cualquier daño a personas o propiedad que resulte de cualquier idea, método, instrucción o producto mencionado en el contenido.*

*Este artículo, se distribuye bajo licencia  
Creative Commons Interaccional 4.0  
No comercial - Sin obra derivada  
(CC BY-NC-ND 4.0)*

© 2024. Los autores. Publicado por  
Archivos de Cirugía

### Resumen

Los avances en el campo de la oncología y la evolución vertiginosa de la tecnología, están configurando un nuevo horizonte de la Oncología Quirúrgica (O.Q.). Esta irrupción de nuevos conceptos y de nuevas tecnologías obliga a replantearse una nueva dinámica en la relación médico-paciente, ya que esta relación debe persistir adaptada a las nuevas circunstancias, al ser la base ética fundamental de nuestra profesión.

La debilidad de esta relación en la Oncología Quirúrgica radica en que está en un periodo de definición, con lentitud de adaptación y a falta de una organización y de criterios uniformes.

En el panorama general de la cirugía del cáncer la amenaza es evidente ya que la velocidad de los avances tecnológicos hace incontrolable su implantación, y aún no hemos sido capaces de crear organismos, ni métodos de regulación efectivos.

Queda como fortaleza un cierto espíritu humanista de los cirujanos oncológicos, pero creemos que la única oportunidad de mantener este espíritu en la relación médico-paciente de la Oncología Quirúrgica actual, es la formación adecuada de cirujanos y pacientes en estos temas esenciales.

**Palabras clave:** Oncología Quirúrgica, Relación medico-paciente.

### Abstract

The advances in the field of Oncology and the rapid evolution of technology are shaping a new horizon of Surgical Oncology (S.O.). This emergence of new concepts and new technologies forces to rethink a new dynamic in the doctor-patient relationship, that has to persist adapted to new circumstances, as it is the fundamental ethical basics of our profession.

The weakness of this relationship occurs in the S.O. and it lies in the fact that it is in a period of definition, with slow adaptation and in the lack of an organization and uniform criteria.

In the perspective of cancer surgery, the threat is evident since the speed of technological advances it makes its implementation uncontrollable, and we still haven't been able to capable of creating effective organisms or methods of regulation.

A certain humanistic spirit of surgical oncologists remains as a strength, but we believe that the only opportunity to maintain this spirit in the doctor-patient relationship of current surgical oncology is the appropriate education and training in these essential topics for surgeons and patients.

**Key words:** Surgical Oncology, Doctor-patient relationship.



Es evidente que la cirugía del cáncer tal como la hemos conocido hasta ahora se está transformando rápidamente. Las actividades y relaciones de la Cátedra nos sitúan en una posición privilegiada de perspectiva, para poder apreciar los cambios vertiginosos que suceden alrededor de la Oncología Quirúrgica y llamar la atención sobre algunos riesgos potenciales que, en nuestra opinión, existen. Aportamos las siguientes reflexiones para tratar de alertar sobre estos peligros inherentes a la revolución que vivimos en el ámbito de la Oncología Quirúrgica actual.

Asistimos a una evolución hacia el concepto de Oncología Quirúrgica que está ocasionando, en cualquier caso, unas implicaciones importantes: la cirugía juega un nuevo papel en el tratamiento del cáncer, hay nuevos sistemas de organización y nuevas relaciones entre las especialidades y sobre todo hay una revolución clínica y tecnológica que avanza de forma extraordinariamente rápida, con nuevos retos en la formación y acreditación<sup>1</sup>.

Ahora bien, pensamos que esta evolución implica inevitablemente cambios en la relación médico-paciente, que sigue siendo la base ética de nuestra profesión. Cabe preguntarse si estamos realmente preparados para estos cambios y nuestra percepción como clínicos es que esta preparación, por decirlo de alguna manera, está siendo relativamente lenta.

La primera exigencia que debe plantearse a la Oncología Quirúrgica es que en la relación con los pacientes mantengan los principios del humanismo en medicina. El conocimiento y las habilidades científicas del cirujano oncólogo parecen mantener todavía, afortunadamente, su condición humanista, pero otros principios como los cuidados respetuosos y compasivos, la sensibilización hacia la autonomía de los pacientes, el concepto de que las evidencias científicas son herramientas y no reglas, se olvidan actualmente con facilidad. Y, sobre todo, en este nuevo marco de actuación de la Oncología Quirúrgica no puede aceptarse el riesgo de una cirugía sin relaciones interpersonales y que no se ejerza siempre frente a una persona en particular.

La revolución tecnológica de la cirugía de este primer cuarto de siglo plantea la duda de cómo se

establece y quien dirige verdaderamente la relación médico-paciente. Es una preocupación que realmente está en el ambiente. Una editorial al respecto en *The Lancet*<sup>2</sup>, publicada en el año 2019, hace referencia a que “los avances tecnológicos han ido por delante del desarrollo de los marcos éticos y se requiere una supervisión que asegure que la tecnología se centre en el paciente y no comprometa su seguridad”. Este concepto no es nuevo: Leriche<sup>3</sup> hace setenta años comentaba muy poéticamente, pero de forma muy visionaria, que se estaba “derribando el viejo sentido hipocrático de la relación médico-enfermo ante la dictadura de los aparatos”. Hasta finales del pasado siglo, cuando hablábamos de Cirugía Oncológica estaba claro que funcionaba un modelo paternalista en la relación médico-paciente. El concepto de Oncología Quirúrgica se está desarrollando en paralelo a la gran irrupción de la tecnología de la cirugía, y hemos pasado de este modelo paternalista, en el cual el médico sabía lo que era mejor para el paciente, a un modelo tecno-científico en el que hay poco espacio para las emociones y lo importante son los aspectos técnicos de los tratamientos.

Una serie de hechos se han ido estableciendo durante el actual desarrollo técnico de la Oncología Quirúrgica:

1. Existe una tendencia a la ultra especialización que conduce a que se pierda de vista la integridad y la complejidad del paciente.
2. Hay una sofisticación creciente de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que, de alguna forma, establecen una barrera entre el médico y el paciente.
3. Los hospitales se han transformado en centros de alta tecnología, lo que redundará en este problema de barrera entre médico y paciente.
4. Se han introducido en la oncología quirúrgica unas leyes de mercado que han llevado a que no pocas veces el paciente sea más un objeto, que una persona realmente enferma y necesitada de ayuda.
5. Se acepta la salud como un derecho, lo que obviamente tiene también unas implicaciones en la relación médico paciente, al

aumentar el crecimiento de la demanda de atención.

6. Es evidente el papel de las modas en las técnicas quirúrgicas, existe el problema de la presión de la industria en la metodología de aplicación de los tratamientos. En estas circunstancias, no podemos dejar de preguntarnos si no hay realmente un claro consumismo tecnológico en la práctica de la Oncología Quirúrgica, o al menos una tecnofilia excesiva por parte de los cirujanos.

Esta irrupción de nuevos conceptos y de nuevas tecnologías obliga a replantearse una nueva dinámica en la relación médico-paciente en la Oncología Quirúrgica. A la exclusiva motivación en resolver el problema médico del paciente tendremos que aportar, como refiere Álvarez-Ude<sup>4</sup>, “aspectos que podríamos llamar empáticos, como es tener en cuenta las vivencias que ocasiona la enfermedad para el paciente, o tener una sensibilización hacia los valores de autonomía y cultura de los pacientes y familiares.” El desarrollo de esta relación no debe basarse solo en los aspectos de experimentación, innovación y diseño de un tratamiento. No debemos olvidar que es indispensable crear un ambiente de confianza en la relación terapéutica, conseguir que se entienda el objetivo de dicho tratamiento, y buscar acuerdos con el paciente que mantengan de alguna forma su autonomía.

La relación médico-paciente en la evolución de la Cirugía Oncológica hacia la Oncología Quirúrgica actual, está obligada a conseguir que tecnología y humanismo sean compatibles y debe solucionar el dilema que, según Nogueras<sup>5</sup>, supone el que “la cirugía sin técnica es inhumana pero la técnica puede hacer inhumana la cirugía.”

Un claro ejemplo de este problema surge con la cirugía robótica. El número de procedimientos en los que se utilizan robots está creciendo exponencialmente en la Oncología Quirúrgica, y sin embargo el análisis de los principios bioéticos en relación con la utilización de los robots no está en nuestra opinión suficientemente actualizado. La cirugía robótica y su implicación en el humanismo de la relación médico-paciente plantea las dudas

de si afecta a la calidad humana de esta relación; de si desaparece la interacción afectiva, incluso de si la cirugía robótica tiene la empatía que, como opina Álvarez-Ude<sup>4</sup>, es indispensable en la relación médico paciente.

El cirujano es, lógicamente, el responsable de la participación de la robótica en los procedimientos quirúrgicos, pero está obligado a controlar y regular aspectos como la autonomía y la voluntad de los pacientes; los peligros de las acciones de los robots en los cuales también cuenta el factor de la responsabilidad del fabricante; los

principios de beneficencia y no maleficencia, y los principios de equidad y justicia en la utilización de la cirugía robótica.

Probablemente tendrá que determinarse una relación específica robot-paciente en la cirugía general y en la oncología quirúrgica en particular y ya los expertos, como Lydia Feito, plantean acertadamente la pregunta de si es ya necesaria una Roboética<sup>6</sup>.

Hay dos aspectos claves en la relación médico paciente en la oncología quirúrgica actual que son la información y la toma de decisiones. Como define García Villanueva<sup>1</sup>, una “característica fundamental de la Oncología Quirúrgica es el proceso de decisión conjunta con otras disciplinas”. Se trata de indicar tratamientos de forma individualizada, pero decididos en una estructura multidisciplinar. Ahora bien, estas decisiones deben ser compartidas con el paciente. Son clásicas, en una humanización de la relación médico-paciente, las opiniones de Epstein<sup>7</sup> “...es obligado compartir con el paciente pensamientos, emociones, percepciones significados e intenciones que respeten su autonomía además de favorecer que surjan nuevas ideas y perspectivas... “.

Sin embargo, si analizamos como ejemplo, la acreditación oficial de la organización de cualquier unidad multidisciplinar de cáncer, vemos que está perfectamente establecido el flujo de los pacientes desde el diagnóstico hasta los tratamientos complementarios y sistémicos, estando también igualmente definidas todas las especialidades que participan y cuándo deben actuar, así como el sistema de reuniones, de realización de algoritmos y



la organización de las aportaciones de cada especialista. Pero en la acreditación de todo este proceso no figura ningún sistema que regule la relación médico-paciente, ni está previsto quién informa al paciente, o cómo se relaciona este con un equipo o con una institución. Son aspectos que no están claramente establecidos, ni organizados, y de hecho hay casos en los cuales se está convirtiendo al cirujano oncólogo en un mero proveedor de servicios, con la paradoja de que el paciente no conoce estos servicios.

Es obligado, por tanto, establecer un adecuado proceso de comunicación entre el paciente, su familia y el equipo multidisciplinar, que incorpore la visión del paciente tanto en el diseño del tratamiento, su comienzo, su desarrollo y metodología y sobre todo la evaluación de los resultados. Es obligado asimismo fomentar la información y formación de los pacientes, mejorando la accesibilidad a dicha información con un lenguaje comprensible y práctico, lo que no siempre se está consiguiendo, y darles tiempo suficiente para tomar una decisión... su decisión. Solo así garantizaremos la autonomía y el empoderamiento del paciente<sup>4</sup>.

Es esperanzador, en este sentido, asistir a la creación y organización de las llamadas “escuelas

de pacientes”, en un loable intento de acercar a los pacientes y sus familias a las decisiones médicas, mediante su implicación y colaboración en las mismas. De igual modo la tendencia evidente hacia una oncología quirúrgica cada vez más personalizada<sup>8</sup>, adaptada a las características del paciente y del tumor, gracias a los progresos oncológicos y de la tecnología, también supone un avance en la línea de humanización en la relación oncólogo quirúrgico-paciente.

En resumen, podríamos decir que la debilidad fundamental de la relación médico-paciente en Oncología Quirúrgica es que está en un periodo de definición, que hay una lentitud de adaptación y todavía falta una organización uniforme y universal. En el panorama general de la cirugía del cáncer la amenaza es evidente, ya que la velocidad de los avances tecnológicos hace incontrolable su implantación, y no hemos sido capaces de crear todavía ni organismos, ni métodos de regulación eficaces de dichos avances tecnológicos. Queda como fortaleza una cierta formación humanista de los cirujanos oncólogos, difícil de valorar actualmente, pero desde luego la única oportunidad de mantener el humanismo en la relación médico-paciente en la Oncología Quirúrgica es la educación adecuada de cirujanos y pacientes.

## Bibliografía

1. Augusto García Villanueva. “De la Cirugía Oncológica a la Oncología Quirúrgica Colorrectal en 2022”. Vol.2; 02:00 – 25:50 Video Libro “Oncología Quirúrgica en Cirugía General y Aparato Digestivo” ISBN 978-84-1122-542-7.
2. A digital (r)evolution: introducing *The Lancet Digital Health*. Editorial, Volume 1, Issue 1, may 01, 2019.
3. René Leriche. La Filosofía de la Cirugía. Ed. Colenda, Madrid, 1951.
4. Fernando Álvarez Ude. “Humanismo médico en la era tecnológica”. Ponencia en el I Foro de Oncología Quirúrgica: Demografía, Tecnología y Humanismo. Sesión Académica de la Cátedra de Oncología Quirúrgica. Madrid 2019.
5. Fernando Noguerales Fraguas. “Innovación en Cirugía, nuevas tecnologías”. Ponencia en el I Foro de Oncología Quirúrgica: Demografía, Tecnología y Humanismo. Sesión Académica de la Cátedra de Oncología Quirúrgica. Madrid 2019.
6. Lydia Feito. “Robotización, Cuidados y ética”. Ponencia en el IV Foro Académico de la Cátedra de Oncología Quirúrgica: Controversias en la Ética, Organización, Formación y Economía de la Cirugía Robótica. Madrid 2024.
7. R.M. Epstein & R.L. Street. Shared Mind: Communication, Decision Making, and Autonomy in Serious Illness. *Ann Fam Med* 2011; 9:454-461.
8. E. Ferrero Herrero, M. Labalde Martínez, F.J. Guadarrama González, O. García Villar, C. Nevado García, S. Alonso Gómez, T. Fernández Miguel, J. Bernal Tirapo, A. L. García Villalon, M. Monsalve Pérez. “Oncología quirúrgica personalizada. El camino hacia la excelencia”. Archivos de Cirugía, 2023; Volumen 1:7. ISSN: 3020-2655. DOI: 10.14679/2327

