



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Perspectivas quirúrgicas

El arte de tomar decisiones en cirugía oncológica

The art of making decisions in surgical oncology



David Ruiz de Angulo Martín

Unidad de Cirugía Esofagogástrica, Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo,
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

La Real Academia Española de la Lengua define «arte» como la manifestación de la actividad humana mediante la cual se interpreta lo real o se plasma lo imaginado con recursos plásticos, lingüísticos o sonoros. En sentido estricto, ya que el término implica una interpretación personal, la cirugía oncológica no debería considerarse un arte sino una ciencia impulsada por la evidencia matemática que se desprende de metaanálisis, estudios aleatorizados¹ y reuniones de expertos fundamentadas². Todo ello, plasmado en guías internacionales y comités multidisciplinares hospitalarios, hace que la actitud a seguir respecto a un paciente no sea determinada, de manera subjetiva, por un solo profesional sino por un grupo de médicos especialistas dedicados a esa enfermedad y con base en datos objetivos. A pesar de todo, algunos autores opinan que la toma de decisiones quirúrgicas en general se puede ver afectada por las limitaciones de tiempo, incertidumbre, complejidad y razonamiento hipotético-deductivo. Proponen el empleo de la inteligencia artificial como herramienta útil de futuro para mejorar esta cuestión³. En concreto, se promueve el empleo de modelos automatizados alimentados con *Electronic Health Record* (EHR) de transmisión en vivo; es decir, basados en un *software* que ofrece seguimiento durante todo el ciclo diagnóstico-terapéutico y permite, a cualquier profesional que sea responsable del paciente, trabajar coordinadamente con otros en tiempo real. Sin embargo, la patología afecta a una persona, con sus sentimientos, expectativas, nivel social y económico, cultural y entorno familiar. Esta información no se integra a menudo en la toma de decisiones, tal y como sugieren Soukup et al.⁴ Por esta y otras razones, se avanza hacia un modelo de toma de decisiones compartida, en el que se busca la

participación del paciente, se le ayuda a que explore y compare las distintas opciones de tratamiento, se investiga sobre sus preferencias y valores, se toma una decisión compartida con él y finalmente se evalúa la decisión del paciente. Incluso en este último escenario, que promueve la autonomía del paciente, resulta complejo incluir aspectos fundamentales en la toma de decisiones como son la evaluación de cabecera y la intuición humana del profesional que atiende. Todo ello hace imposible crear un algoritmo perfecto que satisfaga los aspectos científicos por un lado y los previamente mencionados, intrínsecos al propio sujeto, por otro.

A pesar de los avances innegables en la protocolización del diagnóstico y tratamiento en los cánceres digestivos nos seguimos encontrando, en la práctica clínica, con pacientes oncológicos que ofrecen dudas en cuanto a su tratamiento quirúrgico. Esos interrogantes están muy relacionados con la operabilidad y, en ocasiones, la reseccabilidad, lo que resulta especialmente relevante en el contexto de enfermedades con baja supervivencia global a cinco años e intervenciones quirúrgicas agresivas con elevada morbilidad y/o secuelas⁵. De aquí que algunos autores consideren que las medidas del resultado habituales de la terapia del cáncer, como puede ser la supervivencia, no describen con certeza la efectividad de la intervención⁶. Otro escenario, más quirúrgico si cabe, es el del paciente, con enfermedad reseccable según las exploraciones complementarias preoperatorias, pero en el que se confirma, durante el acto quirúrgico, un estadio más avanzado de la enfermedad existiendo dudas sobre la posibilidad de llevar a cabo una cirugía considerada R0 o «curativa». Si bien el estudio de biopsias intraoperatorias ayuda en este contexto, la

Correo electrónico: druiizdeangulo@hotmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2022.12.005>

0009-739X/© 2022 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

aplicación de tratamientos neoadyuvantes, especialmente aquellos de acción local, como puede ser la radioterapia, dificulta con frecuencia su interpretación. Todo esto añade a la ecuación nuevas variables como la «cantidad», y, sobre todo, la calidad de vida que presenta el paciente en el momento actual y las que se espera obtener una vez desarrollada la operación. Si consideramos el hecho confirmado de que, en algunos casos seleccionados, la supervivencia tras el tratamiento quirúrgico resulta similar a otras alternativas de tratamiento *a priori* menos agresivas, la calidad de vida esperada debiera cobrar mayor importancia en la toma de decisiones⁷. Además se trata de pacientes en los que previsiblemente la resección no va a evitar la administración de tratamientos adyuvantes. En contraposición, es bien conocido que la no resección suele generar un impacto psicológico negativo tanto en el paciente como en sus familiares, considerándolo un fracaso, en cuanto que se entiende como la imposibilidad de curación. Esta y otras «presiones externas», del ámbito administrativo, corporativo o personales, hacen a algunos cirujanos decantarse por una intervención quirúrgica paliativa a pesar de la futilidad sospechada. Sin embargo y con relación a este tema, Sacks et al.⁸ demuestran que ante los mismos escenarios clínicos, las percepciones de los cirujanos sobre los riesgos y beneficios del tratamiento varían y son altamente predictivas de sus decisiones de operar. Por otra parte, Morris et al.⁹ observan cómo una mayor experiencia permite a los cirujanos soportar dichas presiones, tener confianza en sus evaluaciones de la no utilidad percibida y alejar a los pacientes y sus familias de intervenciones adicionales que no reportan beneficio alguno. En este contexto, el empleo de cuestionarios *Patient Reported Experience (PREM)* y *Patient Reported Outcome Measure (PROM)*¹⁰ en nuestros pacientes intervenidos, sometidos a resección o no, puede ayudarnos a tomar acertadamente decisiones futuras en situaciones similares, siendo conscientes de que cada persona es única y su respuesta e inquietudes frente a la enfermedad particulares.

En resumen, la medicina y la cirugía son ciencias con pilares sólidos pero cuyo objeto de trabajo implica necesariamente una gran subjetividad. Al no disponer de una «bola de cristal» que nos permita adivinar el futuro, tanto en la calidad como en la cantidad de vida de una persona al aplicar un tratamiento u otro, o al llevar a cabo o no una operación concreta, la toma de decisiones, especialmente en el contexto del paciente con enfermedad tumoral, puede considerarse en cierto modo un arte, un buen arte, con buena disposición del cirujano y dirigido a hacer bien al paciente. Arte basado en el conocimiento científico y en la aplicación de todas las herramientas a nuestra disposición para optar por la alternativa correcta. Estas incluirán los avances tecnológicos destinados a obtener un diagnóstico y estudio de extensión más precisos, las nuevas técnicas que disminuyen la agresividad,

mortalidad y morbilidad quirúrgicas, la aplicación de los cuidados perioperatorios y adecuación del paciente, la integración de todos los datos en modernos programas informáticos, pero también el conocimiento de la persona que atendemos, su entorno, sus expectativas, así como su calidad de vida presente y esperada. Humanidad, en definitiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Eyck BM, van Lanschot JJB, Hulshof MCCM, van der Wilk BJ, Shapiro J, van Hagen P, et al. Ten-year outcome of neoadjuvant chemoradiotherapy plus surgery for esophageal cancer: The randomized controlled CROSS trial. *J Clin Oncol.* 2021;39:1995–2004. doi:10.1200/JCO.20.03614.
2. Shah MA, Kennedy EB, Catenacci DV, Deighton DC, Goodman KA, Malhotra NK, et al. Treatment of locally advanced esophageal carcinoma: ASCO Guideline. *J Clin Oncol.* 2020;38:2677–94. <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.20.00866>. Erratum in: *J Clin Oncol.* 2020;38:3976.
3. Loftus TJ, Tighe PJ, Filiberto AC, Efron PA, Brakenridge SC, Mohr AM, et al. Artificial intelligence and surgical decision-making. *JAMA Surg.* 2020;155:148–58. <http://dx.doi.org/10.1001/jamasurg.2019.4917>.
4. Soukup T, Lamb BW, Sarkar S, Arora S, Shah S, Darzi A, et al. Predictors of treatment decisions in multidisciplinary oncology meetings: A quantitative observational study. *Ann Surg Oncol.* 2016;23:4410–7. <http://dx.doi.org/10.1245/s10434-016-5347-4>.
5. Toh Y, Morita M, Yamamoto M, Nakashima Y, Sugiyama M, Uehara H, et al. Health-related quality of life after esophagectomy in patients with esophageal cancer. *Esophagus.* 2022;19:47–56. <http://dx.doi.org/10.1007/s10388-021-00874-6>.
6. Langenhoff BS, Krabbe PF, Wobbes T, Ruers TJ. Quality of life as an outcome measure in surgical oncology. *Br J Surg.* 2001;88:643–52. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2168.2001.01755.x>.
7. Fernandez FG, Meyers BF. Quality of life after esophagectomy. *Semin Thorac Cardiovasc Surg.* 2004;16:152–9. <http://dx.doi.org/10.1053/j.semctvs.2004.03.008>.
8. Sacks GD, Dawes AJ, Ettner SL, Brook RH, Fox CR, Maggard-Gibbons M, et al. Surgeon perception of risk and benefit in the decision to operate. *Ann Surg.* 2016;264:896–903. <http://dx.doi.org/10.1097/SLA.0000000000001784>.
9. Morris RS, Ruck JM, Conca-Cheng AM, Smith TJ, Carver TW, Johnston FM. Shared decision-making in acute surgical illness: The surgeon's perspective. *J Am Coll Surg.* 2018;226:784–95. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2018.01.008>.
10. Straatman J, Joosten PJ, Terwee CB, Cuesta MA, Jansma EP, van der Peet DL. Systematic review of patient-reported outcome measures in the surgical treatment of patients with esophageal cancer. *Dis Esophagus.* 2016;29:760–72. <http://dx.doi.org/10.1111/dote.12405>.