

"Ave cirujano, morituri te salutant". Algunas consideraciones sobre cirugía paliativa*

Dr. LUIS MENESES C.¹

¹ Servicio de Cirugía Hospital El Pino, Universidad Nacional Andrés Bello, Santiago, Chile.

"Ave cirujano, morituri te salutant". Ethics of palliative surgery in patients with cancer

Aunque para un número importante de cirujanos generales y de especialistas de áreas quirúrgicas de la oncología, las recomendaciones de tratamiento que se aplican a la mayor parte de las neoplasias malignas en etapas tempranas y localmente avanzadas resecables son bastante claras, y surgen como resultado de largos años de práctica y de investigación en cirugía, esta claridad se ensombrece en las etapas con invasión local avanzada irresecable, y en aquellas con diseminación a distancia (etapa IV).

Esto debido a la diversidad de elementos clínicos y de juicio que hay que tener en cuenta a la hora de recomendar un tratamiento para enfermos que no tienen expectativas de curación. Estos elementos emanan de una mezcla de factores que no sólo dependen del paciente y de su enfermedad, sino también del cirujano tratante. ¿Quién no se ha preguntado alguna vez qué le podría ofrecer a su enfermo canceroso para hacer más dignos sus últimos momentos de vida?

Queremos mencionar algunas consideraciones sobre estos elementos, clínicos y de juicio, que nos permitirán situarnos mejor a la hora de tomar decisiones.

Los plazos y la oportunidad

No hay que olvidar que, a la hora de ofrecer una alternativa quirúrgica paliativa, estamos frente a un

enfermo para el que el tiempo constituye uno de sus bienes más preciados. Ya que los plazos son finitos, es deber de nosotros los cirujanos cautelar ese bien. Sopesar los costos y los beneficios de un tratamiento en función de este patrimonio, deberá estar en la primera línea de nuestras decisiones quirúrgicas. Por otro lado, hay que tener en cuenta que el paciente no siempre comprende, o se resiste a comprender que está fuera de alcance curativo, y que el plantear una operación podría llegar a generarle expectativas que serán destruidas cuando constate que la cirugía no dio los frutos que esperaba sino que por el contrario, empeora progresivamente. Evaluar con cuidado cómo y con cuánto detalle le vamos a explicar el procedimiento y sus resultados, requiere de una gran destreza en el manejo de la información para no caer, por un lado, en el engaño involuntario, y por el otro, en la crudeza descarnada.

La indicación de operaciones de rápida recuperación, bien acotadas, de alto beneficio sintomático y de baja morbilidad, reflejan un juicio quirúrgico maduro del cirujano. En su visión siempre debe estar presente que el objetivo principal de la cirugía paliativa no es prolongar la vida, ya que ésta se encuentra sancionada por la etapa de la enfermedad, sino otorgar una mejor calidad a este lapso ya predestinado.

La paliación quirúrgica puede plantearse en diferentes escenarios:

*Recibido el 25 de Marzo de 2008 y aceptado para publicación el 15 de Abril de 2008.

Correspondencia: Dr. Luis Meneses C.
Av. Padre Hurtado 13560, San Bernardo, Chile
E-mail: lmeneses@mi.cl

1. Durante el primer enfoque diagnóstico-terapéutico de un paciente quirúrgicamente virgen, y conociendo de antemano la incurabilidad, se planea preoperatoriamente una paliación quirúrgica.

2. Cuando al no poderse establecer preoperatoriamente la condición de incurabilidad o diseminación en el paciente, ésta se descubre durante un acto quirúrgico con intención curativa.

Aunque este escenario exige del cirujano patrones de acción preestablecidos y muy bien integrados en su formación para poder ser utilizados con la agilidad y la rapidez que se requiere es, junto con el escenario 1, óptimo desde el punto de vista paliativo. Clínicamente el paciente presentará un estado general aceptable que permite el mayor esfuerzo quirúrgico paliativo, y es además desde el punto de vista económico, más costo efectivo. Por ejemplo, la realización de una gastrectomía paliativa en un paciente con compromiso ganglionar lumboaórtico, la realización de una colostomía de descarga en un paciente con cáncer de recto con pelvis congelada, o una gastroyeyunostomía con vagotomía en el paciente con una potencial obstrucción duodenal por cáncer de páncreas.

3. Cuando en el paciente que fue previamente operado con intención curativa, y que ahora está en tratamiento paliativo por progresión o recurrencia, aparecen nuevos problemas clínicos que son susceptibles a una nueva solución quirúrgica. En este caso, planificar una cirugía paliativa será la consecuencia de una coordinación minuciosa entre el paliativista y el cirujano: el primero cumplió a cabalidad con todas las condiciones preoperatorias que asegurarán el éxito y que evitarán la pérdida de tiempo y de recursos; el segundo garantizó las medidas logísticas para culminar de forma rápida y concisa con los objetivos quirúrgicos. No obstante, en ocasiones este momento se convierte en una seguidilla de dificultades donde no es raro ver al paliativista persiguiendo al cirujano con el objetivo de conseguirle una operación a un paciente que no tiene condiciones favorables para una nueva cirugía, o al cirujano poco motivado en la paliación y que no logra encontrar espacio en el pabellón electivo de un servicio en el que se da prioridad a pacientes "estratégicos" para el cumplimiento de planes y de programas.

Estas dificultades se pueden soslayar presentando a estos pacientes paliativos en reuniones formales de Comité, donde confluyan las partes involucradas en el tratamiento y se puedan discutir multidisciplinariamente las indicaciones, la oportunidad, la preparación, los beneficios y las alternativas de una paliación quirúrgica.

4. Durante las situaciones de urgencia que aparecen en el paciente paliativo ambulatorio. Éste es

el peor escenario y por desgracia es muy frecuente: encontramos al paciente en pésimas condiciones, con descompensaciones y desequilibrios agudos originados por problemas puntuales y solubles que suelen consultar en servicios de urgencia saturados. En ellos son atendidos por cirujanos que desconocen las particularidades de su enfermedad, lo etiquetan como "evento terminal" o le limitan la atención al darle instrucciones del tipo "contacte a su médico tratante lo antes posible", y podrían no realizar un mayor esfuerzo por definir la ocurrencia de situaciones solucionables mediante cirugía oportuna. En estas circunstancias, lo mejor que podría sucederle al paciente y lo más extraordinario por poco probable, sería el encuentro casual con alguno de los profesionales del equipo tratante que se interesa por el caso y que intentará darle solución.

La confección de informes médicos actualizados o de carnés de seguimiento por parte del equipo tratante de paliativo con la identificación clara de la enfermedad, etapa, tratamiento y de los problemas que van surgiendo además de la información y guía a los familiares sobre qué hacer y adonde dirigirse ante eventuales situaciones de urgencia contribuyen a la obtención de mejores resultados en este grupo de pacientes.

La indicación y las alternativas quirúrgicas

Tomar la decisión de operar a un paciente paliativo es siempre difícil; sin embargo, la indicación de cirugía paliativa oscila entre rangos sumamente amplios: desde el liberalismo excesivo en su indicación hasta el negativismo absoluto. En ocasiones hemos visto cómo pacientes no curables con cirugía, fueron sometidos por su cirujano a grandes resecciones altamente secuelantes, muchas veces denominadas "cirugías de aseo", con la pretensión de beneficiarlos con "unos meses más" o de mejorar síntomas. Esta manera de proceder bordea lo que se conoce como *ensañamiento terapéutico*, en nuestro caso *ensañamiento quirúrgico*, y olvida o quizás obvia, muchas veces por razones prácticas, que existen otras alternativas de paliación no quirúrgicas con iguales o mejores resultados (entiéndase radioterapia, quimioterapia o simplemente paliación sintomática). La realidad nacional, donde el déficit en la disponibilidad de radioterapia y/o quimioterapia obliga a privilegiar su uso en la curación más que en la paliación, determina que la cirugía sea la alternativa de paliación aparentemente más barata, accesible y abundante. La falsa sensación de estar ofreciendo una mejor expectativa de curación con grandes operaciones aún prevalece en el ambiente quirúrgico, lo que hace recordar el aforis-

mo "A grandes cirujanos, grandes cirugías". Con mucha frecuencia se ofrece cirugías muy agresivas a pacientes cuya etapificación y pronóstico no auguran más que algunos meses de supervivencia. La indicación de una cirugía paliativa no debe pasar por alto las consideraciones hacia el comportamiento biológico del cáncer que estamos tratando y las reservas del paciente que lo sufre.

Aunque, en general, todos los cánceres presentan diferentes rangos de agresividad, hay algunos que de hecho presentan evoluciones más lentas y comportamientos más benévolos aun después de diseminados, por ejemplo, el cáncer testicular, el tumor carcinoide, los linfomas, el cáncer de células renales, el cáncer de próstata y algunas variantes del cáncer de colon. Cánceres de alta agresividad y escasa sobrevida una vez diseminados son: el cáncer pancreático, el cáncer de vesícula biliar, el cáncer gástrico, los sarcomas. En los primeros muchas veces vale la pena el gran esfuerzo quirúrgico, inclusive reiterado, pero por lo general esto no sucede en los segundos.

No se debe perder la noción de que el tratamiento quirúrgico estándar de algunas neoplasias malignas, resulta ser por lo general un tratamiento paliativo a causa de las diversas situaciones desfavorables involucradas en el diagnóstico oportuno, en la biología tumoral, en los patrones de diseminación y en la ausencia de protocolos de tratamiento efectivos, como sucede, por ejemplo, en la mayor parte de los cánceres de esófago. Por esta razón, el médico que recomienda estos tratamientos debe aclarar al paciente y a sus familiares qué es lo que espera al recomendarlo.

Una situación diametralmente opuesta a los puntos recién mencionados, y a la que se tiende en nuestros hospitales, es la de descartar la cirugía en pacientes a los que se les podía ofrecer una buena paliación, debido a una sobre-evaluación de su terminalidad. ¿Cuántas veces hemos visto tomar la decisión desafortunada de descartar la cirugía en un paciente con obstrucción intestinal por presunta carcinomatosis peritoneal, por tildarlo de "evento terminal" y que después, al ser operados por un turno siguiente, se encontró una obstrucción por bridas que fue resuelta con apenas unos minutos de cirugía? ¿O descartar una cirugía de urgencia en pacientes con perforaciones tumorales de víscera hueca con la misma justificación?

Las operaciones paliativas pueden ser desde muy sencillas y de gran utilidad para el enfermo, por ejemplo una gastrostomía o una traqueostomía, hasta muy complejas y de dudosa utilidad, porque además de no curarlo ni mejorar su supervivencia de manera importante, tienen una alta probabilidad de exponerlo a complicaciones. Por ejemplo, aque-

llas que implican grandes mutilaciones corporales y de la función orgánica, y que por consiguiente deterioran la calidad de vida del enfermo al afectar su autoestima.

Entre ambos extremos existen operaciones de mediana complejidad y de riesgo aceptable, pero que a la vez pueden ser poco, moderada o altamente útiles para lograr la mejoría de la calidad de vida. La fragilidad de estos enfermos exige del cirujano el conocimiento cabal de las escalas de evaluación del *estado general*, también llamadas con el anglicismo de "performance status", por cualquiera de los métodos más conocidos y recomendados antes de plantear una cirugía (Tablas 1 y 2), y en base a éstas, saber si es oportuno operar. Se evita así indicar una operación paliativa en enfermos virtualmente agónicos.

El seguimiento

Lamentablemente aún perdura el escenario del cirujano que permanece al lado de su enfermo mientras está vigente la intencionalidad curativa de su intervención, pero que se distancia en el momento en que no ve ninguna expectativa de éxito a través de la cirugía y, por consiguiente, termina derivándolo sin demora al clínico paliativista en cuyas manos estará la solución a sus penurias venideras, mientras él se reserva para otros pacientes que "pueden necesitar más de mí". Si bien es cierto que la ayuda del cirujano a partir de ese punto podrá no ser muy evidente al no mediar el bisturí en la relación médico-paciente, aún tiene una oferta invaluable para el enfermo, que es la de estar a su lado, disponible para él mientras dura "el derrumbe".

No debemos olvidar que el paciente canceroso establece una relación afectiva muy particular con su cirujano. Fue él quien tuvo la habilidad, o carencia, de comunicarle su enfermedad de la mejor manera, le generó expectativas de curación al ofrecerle propuestas de tratamiento, y finalmente le inspiró la confianza suficiente para ponerse en sus manos durante la cirugía. Esta es una relación que honra al cirujano, que perdurará en el sentir del paciente hasta el final y que supera en relevancia afectiva a cualquier otra relación establecida con el resto de los especialistas oncológicos que intervinieron en las diversas fases de su tratamiento.

Debido a lo expuesto con anterioridad consideramos que es una obligación del cirujano que trata cáncer, conocer e iniciar tempranamente la paliación médica a través del uso adecuado de las diversas técnicas de alivio del dolor y la selección oportuna de las alternativas de paliación no quirúr-

Tabla 1. Performance status según ECOG

Grado	ECOG
0	Totalmente activo, capaz de un desempeño similar al estado previo a su enfermedad
1	Con restricción de la actividad física intensa, pero ambulatorio y capaz de desempeñar trabajos ligeros o de naturaleza sedentaria, Ej: trabajo doméstico o de oficina ligero
2	Ambulatorio y capaz de autocuidado pero incapaz de desempeñar actividades laborales. Levantado más del 50% de las horas vigiles
3	Solamente capaz de un autocuidado limitado, confinado a cama o silla más del 50% de las horas vigiles
4	Incapacitado. No puede realizar su autocuidado. Totalmente confinado a cama o silla
5	Muerto

Tabla 2. Performance Status según Karnofsky

	%	Karnofsky
Capaz de realizar actividades normales y de trabajar; no necesita cuidados especiales	100	Asintomático; sin evidencia de enfermedad
	90	Capaz de realizar actividades normales; síntomas y signos menores de enfermedad
	80	Actividad normal con esfuerzo; algunos síntomas y signos de enfermedad
Incapaz de trabajar; capaz de vivir en casa y satisfacer la mayoría de sus necesidades personales; requiere de cantidades variables de asistencia.	70	Cuida de sí mismo; incapaz de realizar actividades normales o trabajo activo
	60	Requiere asistencia ocasional, pero es capaz de satisfacer la mayoría de sus necesidades personales
Incapaz de cuidar de sí mismo; requiere de cuidados institucionales u hospitalarios; la enfermedad puede progresar rápidamente	50	Requiere considerable asistencia y cuidados médicos frecuentes
	40	Discapacitado; requiere de cuidados especiales y asistencia
	30	Severamente discapacitado; con indicación de hospitalización aunque la muerte no es inminente
	20	Muy enfermo; hospitalización necesaria; requiere de tratamiento de sostén activo
	10	Moribundo; procesos fatales progresando rápidamente
	0	Muerto

gica inclusive, aunque el rol protagónico consecutivo de la intervención no descansa en sus manos.

La siguiente reflexión debe permanecer siempre en nuestras mentes quirúrgicas: El cirujano tratante de una paciente candidato a cirugía paliativa, en sus decisiones y durante su obrar, debe situarse en el punto intermedio pero equidistante entre la equivocación por exceso y la equivocación por defecto. Evito *ex profeso* la soberbia de utilizar la palabra "acierto" por "equivocación".

Referencias

1. Joishy SK. The relationship between surgery and medicine in palliative care. *Surg Oncol Clin N Am* 2001; 10: 57-70.
2. McCahill LE, Smith DD, Borneman T, Juárez G, Cullinane C, Chu DZ, et al. A prospective evaluation of palliative outcomes for surgery of advanced malignancies. *Ann Surg Oncol* 2003; 10: 654-663.
3. Hofmann B, Håheim LL, Søreide JA. Ethics of

- palliative surgery in patients with cancer. *Br J Surg* 2005; 92: 802-809.
4. Borneman T, Chu DZ, Wagman L, Ferrell B, Juárez G, McCahill LE, et al. Concerns of family caregivers of patients with cancer facing palliative surgery for advanced malignancies. *Oncol Nurs Forum* 2003; 30: 997-1005.
 5. McCahill LE, Krouse RS, Chu DZ, Juárez G, Uman GC, Ferrell BR, et al. Decision making in palliative surgery. *J Am Coll Surg* 2002; 195: 411-422; discussion 422-423.
 6. Oken M.M, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET. Toxicity And Response Criteria Of The Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol* 1982; 5: 649-655.
 7. Crooks V, Waller S, Smith T, Hahn TJ. The use of the Karnofsky Performance Scale in determining outcomes and risk in geriatric outpatients. *J Gerontol* 1991; 46: M139-144.