



Aspectos éticos en la cirugía esofágica

Ethical aspects in esophageal surgery

Alberto R. Ferreres, MD, PhD, MPH¹ , Jennifer Tevez, MD² , Marina Antelo, MD³

- 1 Departamento de Cirugía, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina; Departamento de Cirugía, Universidad de Washington, Seattle, Estados Unidos.
- 2 Programa de especialización en Cirugía general, Universidad de Buenos Aires, Servicio de Clínica Quirúrgica Hospital Asociado UBA "Dr. Carlos A Bocalandro", Buenos Aires, Argentina.
- 3 Servicio de Clínica Quirúrgica Hospital Asociado UBA "Dr. Carlos A Bocalandro", Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Introducción. Los aspectos y desafíos éticos en la atención del paciente portador de patología esofágica incluyen diversas situaciones que deben ser anticipadas y conocidas por los expertos para poder solucionarlas de la manera más adecuada, favorable y justa para los enfermos y sus familiares.

Métodos. Se realizó una revisión y análisis de la información disponible en las bases de datos con el fin de establecer los aspectos éticos relevantes para la cirugía esofágica en la actualidad.

Discusión. Todos los cirujanos enfrentamos situaciones que conllevan a conflictos éticos en la práctica asistencial diaria. Un cirujano capaz e idóneo debe ser no sólo competente para llevar a cabo el arte y la ciencia de la cirugía, como se lo interpreta tradicionalmente, sino también para ser confiable desde el punto de vista ético y moral.

Conclusión. Los principios éticos son de fundamental importancia y sirven de guía para el desempeño del cirujano ético, humanista y competente, y para afianzar la relación diádica entre enfermo y cirujano. El diálogo permanente, la resolución de eventuales conflictos, el reconocimiento de la vulnerabilidad del enfermo y la adhesión a los principios éticos deberán guiar el accionar de los profesionales a lo largo del proceso de atención quirúrgica, poniendo el bienestar y el interés del enfermo en primer lugar.

Palabras clave: ética médica; ética profesional; enfermedades del esófago; neoplasias esofágicas; cirugía general.

Abstract

Introduction. The ethical aspects and challenges in the care of patients with esophageal pathology include different situations that must be anticipated and known by experts to be resolved in the most appropriate, favorable, and fair manner for the patients and their families.

Fecha de recibido: 15/07/2024 - Fecha de aceptación: 26/07/2024 - Publicación en línea: 05/09/2024

Correspondencia: Alberto R Ferreres, Mendoza 3142 (1428), Buenos Aires, Argentina. Teléfono: + 54 9 11 4448 1463

Dirección electrónica: albertoferreres@gmail.com arferreres@hospitaldeclinicas.uba.ar

Citar como: Ferreres AR, Tevez J, Antelo M. Aspectos éticos en la cirugía esofágica. Rev Colomb Cir. 2024;39:841-53.

<https://doi.org/10.30944/20117582.2711>

Este es un artículo de acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons - BY-NC-ND <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

Methods. A review and analysis of the information available in the databases was carried out in order to establish the relevant ethical aspects of esophageal surgery today.

Discussion. All surgeons face situations that lead to ethical conflicts in their daily care practice. A capable and suitable surgeon must be not only competent to carry out the art and science of surgery, as traditionally interpreted, but also ethically and morally trustworthy.

Conclusion. Ethical principles are of fundamental importance and serve as a guide for the performance of the ethical, humanistic, and competent surgeon, and to strength the dyadic relationship between patient and surgeon. Permanent communication, resolution of possible conflicts, recognition of the patient's vulnerability, and adherence to ethical principles should guide the actions of professionals throughout the surgical care process, putting the well-being and interest of the patient first.

Keywords: medical ethics; professional ethics; esophageal diseases; esophageal neoplasms; general surgery.

Introducción

La cirugía esofágica plantea una serie de desafíos éticos en el proceso de toma de decisiones y en el manejo terapéutico de los enfermos. La práctica quirúrgica se basa en las aptitudes técnicas del cirujano (*techné*), su conocimiento (*epistémé*) y su capacidad de juicio (*phronesis*). Obviamente, los cirujanos encaran situaciones que imponen decisiones morales y se enfrentan a conflictos éticos en su práctica asistencial diaria. Un cirujano capaz e idóneo debe ser no sólo competente para llevar a cabo el arte y la ciencia de la cirugía, como se lo interpreta tradicionalmente, sino también confiable desde el punto de vista ético y moral.

El enfermo -en este caso portador de patología esofágica- debe encontrarse en el centro de nuestras preocupaciones y esfuerzos para poder mejorar su calidad de vida. Los pacientes gozan de prerrogativas y derechos, entre los que se enumeran los siguientes:

- No ser engañado
- No ser dañado intencionalmente o por negligencia
- Ser informado adecuadamente respecto de los riesgos y los beneficios del tratamiento propuesto
- Ser tratado por un/a cirujano/a competente
- Que la salud del enfermo tenga prioridad por sobre el eventual interés económico del cirujano

- Tener la potestad de aceptar o no el tratamiento propuesto.

La ética en cirugía tiene como premisa inicial el reconocimiento de los derechos de los pacientes que requieren cuidado quirúrgico. La relación cirujano-paciente debe fundarse en la confianza mutua, tal como lo manifestara Pellegrini¹. En idéntico sentido, Maimónides (1135-1204) expresó:

“¡Dios Todopoderoso! Estoy ahora preparado para dedicarme a los deberes de mi profesión. Concédeme que mis pacientes tengan confianza en mí y en mi arte y sigan mis prescripciones y mi consejo”.

El primero que alertó respecto de estos conceptos fue John Gregory, quien en el siglo XVIII fuera el responsable de la transformación de la Medicina de un comercio en una profesión. Consideraba a la Medicina como una práctica moral y al médico como un agente moral fiduciario que debía cumplir con tres requisitos: 1) conocer de manera fidedigna el mejor interés del enfermo, 2) estar dispuesto a proteger y promover el interés del enfermo y, 3) preocuparse sólo de manera secundaria por su propio interés².

Esta relación entre paciente y cirujano no es plenamente horizontal, ni transversal, ni paternalista; no obstante, el/la cirujano/a guarda un rol “como autoridad” en virtud de su entrenamiento y capacitación, la experiencia, la sabiduría y su preocupación por el paciente; mientras que éste último

detenta una posición “en autoridad”, permitiendo que sobre él o ella se actúe o se deje de actuar.

Todo cirujano confrontado a la toma de decisiones terapéuticas deberá dar respuesta a dos preguntas: la primera es “¿cómo tratar?” y la segunda es “¿por qué tratar?”. La primera vinculada con cuestiones de ciencia médica y evidencia científica, mientras que la segunda es materia de la ética médica, basada en la filosofía moral.

La cirugía, y en particular la cirugía de esófago, tiene una serie de características peculiares que la diferencian de otras especialidades médicas:

- La cirugía daña antes de curar
- Es invasiva y penetra el cuerpo humano
- La toma de decisiones se realiza habitualmente en circunstancias de incertidumbre
- Está sujeta a riesgos, errores, accidentes, secuelas y complicaciones³.

Debe tenerse en cuenta que la pregunta tradicional “¿qué podemos hacer por este enfermo?” ha sido modificada por “¿qué debemos hacer por este enfermo?”, lo que ofrece un claro indicio de los deberes que enfrentamos como cirujanos y de la participación del enfermo en el proceso de toma de decisiones. Este cambio en nuestra misión, de hacer lo que es correcto y debido para el enfermo, explica la importante dimensión ética del cuidado quirúrgico. En opinión de M. Little las cinco categorías morales de la relación médico-cirujano incluyen: el rescate, la proximidad, el calvario, las secuelas y la presencia⁴.

Respecto de esta última categoría, el/la cirujano/a deben estar presente a todo lo largo del proceso de atención, desde la consulta inicial, la decisión terapéutica, el procedimiento quirúrgico y todo el período postoperatorio, atento a la pesquisa de complicaciones y/o interurrencias. De esta manera, se condena la denominada cirugía “fantasma” o itinerante, en la cual el cirujano opera un enfermo fuera de su lugar de práctica habitual y regresa de manera inmediata a su lugar de residencia, quedando el cuidado postoperatorio del enfermo a cargo de un cirujano de su lugar de origen, menos capacitado y, por ende, menos entrenado para hacer frente a eventuales complicaciones postoperatorias.

Por su parte, las patologías del esófago y de la unión esofagogástrica tienen diferentes orígenes y plantean desafíos terapéuticos, entre los cuales el tratamiento quirúrgico representa una alternativa fundamental. El cáncer de esófago es considerado una enfermedad de mal pronóstico, con una sobrevida promedio de once meses. Así mismo, la esofagectomía es un procedimiento complejo, con distintas variantes (McKeown, Ivor Lewis, transhiatal), que se practica por vía abierta, laparoscópica o robótica, y presenta una morbi-mortalidad no despreciable⁵.

Los procedimientos quirúrgicos pueden ser clasificados acordes al objetivo perseguido, y así se pueden distinguir:

- Diagnóstico: para establecer y poder conocer la naturaleza o la causa de una enfermedad; por ejemplo, una video endoscopia digestiva alta con toma de biopsia.
- Curativo: para curar condiciones que amenazan la vida y poder prolongarla; por ejemplo, una esofagectomía distal con reconstrucción intratorácica para el tratamiento de un carcinoma epidermoide de tercio distal del esófago.
- Terapéutico: para curar o mejorar aquellas condiciones que no amenazan la vida, evitando dolores o molestias, entre los que se incluyen la miotomía de Heller por vía laparoscópica para el tratamiento de la acalasia.
- Paliativo: para aliviar o yugular dolores o molestias, pero sin intención curativa de la patología subyacente, como en el caso de la colocación de un stent en el esófago de un paciente con disfagia casi total debido a un carcinoma de esófago irresecable y en progresión.

Marco conceptual

Cirugía de esófago

La cirugía de esófago incluye un abanico de condiciones variadas:

- Patologías de manejo urgente, como las perforaciones, lesiones por ingesta por cáusticos, cuerpos extraños o heridas por arma cortopunzante o proyectil de arma de fuego

- Patologías benignas de tipo funcional, representadas mayoritariamente por la acalasia y la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)
- Patología tumoral que, si bien pueden tratarse de tumores benignos, la mayor incidencia está representada por las neoplasias malignas, fundamentalmente el carcinoma epidermoide y el adenocarcinoma. Topográficamente pueden afectar los distintos tercios de la longitud esofágica, dando lugar a distintas alternativas de resección y de reconstrucción en relación con dicha circunstancia.

Para las primeras, el tratamiento suele ser de urgencia o emergencia, en enfermos habitualmente comprometidos, con algún grado de alteración del sensorio o con desarrollo de cuadros de sepsis. Por lo tanto, el proceso de consentimiento informado muchas veces será imperfecto por la necesidad urgente que impone el tratamiento y el propio estado del enfermo. Las patologías benignas suelen ser de manejo electivo, a menos que se hayan desarrollado complicaciones (por ejemplo vólvulo o rotación en hernias parahiatales de gran tamaño). Un caso particular es el representado por patología considerada pre-neoplásica, como puede ser el esófago de Barrett, donde la terapéutica planteada incluye diversas opciones.

En cuanto a la patología tumoral, si bien se reconocen sin duda los beneficios del diagnóstico temprano, esta circunstancia no suele ser la regla en América Latina y, por lo tanto, la consulta inicial de pacientes con estadíos avanzados y compromiso nutricional y del estado general suelen plantear, no solo desafíos terapéuticos sino también éticos, respecto a la toma de decisiones en pos del mejor beneficio del paciente. Muchos de estos pacientes debutan con el diagnóstico de cáncer de esófago en estadíos muy cercanos a la terminalidad.

El cáncer de esófago es una entidad agresiva desde el punto de vista físico y emocionalmente devastadora, con pobre tasa de sobrevida, que a nivel mundial oscila entre el 23 % y el 58 % a tres

años⁵. Mientras en los países avanzados, el lapso entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento, que es un parámetro de la calidad y equidad en el acceso, ha sido significativamente reducido, no sucede lo mismo en la mayoría de los países. La cirugía oncológica del esófago está caracterizada por una morbilidad no despreciable y el desarrollo de complicaciones postoperatorias es habitual, afectando entre un 59 y 64 % de los pacientes, con efectos negativos serios a corto y mediano plazo, incluyendo la muerte. A pesar de los avances en el tratamiento, una minoría de enfermos sobreviven más allá de los 5 años, habitualmente con deterioro en la calidad de vida⁶⁻⁸.

La patología esofágica también ha sido campo fértil para la innovación y la introducción de nuevos procedimientos. Algunos de los avances en dicho campo han sido el desarrollo, difusión y aceptación de la cirugía laparoscópica, y más recientemente de la robótica; el procedimiento POEM (*per oral endoscopic myotomy*) como un desprendimiento de la cirugía NOTES (*Natural Orifice Trans Endoscopic Surgery*), los procedimientos magnéticos para aumentar la presión a nivel del esfínter esofágico inferior y la ablación por radiofrecuencia del esófago de Barrett, entre otros⁹.

Principios de ética médica

Los principios éticos en el campo de la ética médica se originaron en la Antigua Grecia, donde para ser médico se requería ser un experto en Filosofía. Su primer representante fue Hipócrates de Cos (460-370 a.C.). El Cuerpo Hipocrático (*Corpus Hippocraticus*) es una colección de obras vinculadas a la Medicina asociadas con Hipócrates, pero no de su exclusiva autoría. Si bien se le atribuye la frase "*Primum non nocere*", en realidad, la máxima de su autoría es: "Y respecto de las enfermedades, hacer un hábito de 2 cosas: ayudar o al menos no dañar". Por su parte, el Juramento Hipocrático contiene detalles respecto de la ética y el comportamiento moral de los profesionales.

Platón (427-347 a.C.) describió el primer esbozo de un consentimiento informado en su obra Las Leyes (libro XI), mientras Galeno

(129-199), quien desarrolló su ciencia y arte en Pérgamo (actual Bérgamo, Turquía), consideraba indispensable el aprendizaje de la Filosofía para aquellos que practicaban la medicina.

Arnau de Vilanova (1240-1211), quien practicara su ciencia en la actual Cataluña, fue el primero que alertó respecto de la ética de la competencia, en el sentido que el médico no sólo debía ser ético sino también competente¹⁰. John Gregory (1724-1773) debe ser considerado el promotor de la ética médica en la Edad Moderna ya que fue el responsable de la transformación de la Medicina de un comercio a una profesión²; fue el primero en destacar que la Medicina es una práctica moral, y el médico, un agente moral fiduciario, interesado primariamente en el bienestar de su paciente. Sir William Stokes, expresidente del *Royal College of Surgeons of Ireland* acuñó por primera vez el término ética quirúrgica o ética en cirugía¹¹.

Los principios éticos, descritos por Beauchamp y Childress¹², quienes se basaron en los aportes del filósofo intuicionista británico Sir Donald Ross¹³, son la beneficencia, la no maleficencia, el respeto por la autonomía del paciente y la justicia.

- 1 La beneficencia debe entenderse como hacer el bien y supone el principio de actuar con el más alto interés en el otro, mediante acciones de caridad, de piedad, de misericordia y bondad. La beneficencia positiva brinda apoyo a las reglas morales de los deberes, básicamente, proteger y defender los derechos de los otros y evitar el daño. Si bien, el principio de beneficencia no debe confundirse ni asimilarse con el viejo paternalismo médico, existirán circunstancias en las cuales el cirujano deberá asumir la toma de decisiones en favor del enfermo. Un ejemplo característico son las circunstancias de emergencia con riesgo de vida en pacientes inconscientes o bajo el efecto de sustancias.
- 2 La no maleficencia se funda en el precepto del "*primum non nocere*", erróneamente atribuido a Hipócrates¹⁴. Este principio impone la obligación de no ocasionar daño a nuestros pacientes, ni tampoco generar riesgo de daño. En este principio existe un vínculo tangencial entre la ética y el derecho, ya que la negligencia implica una forma de daño, ya sea real o

potencial. Desde el punto de vista jurídico, los elementos de la negligencia médica incluyen los siguientes:

- El deber del cirujano hacia un paciente determinado,
 - Un quiebre en la obligación de cuidado,
 - La existencia de un daño,
 - Un vínculo de causalidad entre el accionar o conducta médica y el daño generado u ocasionado.
- 3 El respeto por la autonomía del paciente parte del concepto de autonomía, que proviene de las raíces griegas *autos* (propio) y *nomos* (regla, regulación, ley, gobierno). El concepto de autonomía reconoce la toma de decisión individual en el cuidado de la propia salud. Deben darse dos condiciones para un efectivo uso de la autonomía: la libertad (la ausencia de contralor externo) y la agencia (la capacidad y la competencia necesarias para la acción voluntaria). El paradigma básico de este principio se cristaliza a través del proceso de consentimiento informado e implica el juicio competente del paciente frente a la información provista de manera leal y fidedigna. No obstante, las circunstancias de vulnerabilidad pueden corroer este principio y afectar la toma de decisiones por el enfermo.
 - 4 El principio de justicia significa -acorde a la tradición aristotélica- dar a cada uno lo que es debido, consistiendo en una justicia distributiva y no igualitaria. En el campo de la salud, se vincula fundamentalmente con la asignación de los recursos, habitualmente insuficientes para cubrir todas las demandas, y la equidad en el acceso al cuidado de la misma.

Hay dos valores adicionales que corresponde mencionar dentro de la ética médica y la ética de la cirugía. Uno es la dignidad, tanto de aquellos que necesitan cuidado médico como de aquellos que lo brindan y esta circunstancia debe ser asegurada por la sociedad. El otro es la honestidad y la bondad, de manera tal que el binomio diádico paciente-cirujano sea provechoso para ambas partes.

Por último, la práctica quirúrgica plantea tres aspectos fundamentales desde el punto de vista ético y moral: 1) las virtudes y las obligaciones del cirujano dentro de la relación paciente-cirujano, 2) el comportamiento y los deberes profesionales del cirujano y, 3) las responsabilidades del cirujano hacia la sociedad en la cual se desempeña¹⁵.

Dilemas éticos frente a las enfermedades esofágicas

Los problemas éticos a que se enfrenta un médico durante la atención de pacientes con patología esofágica pueden dividirse *a priori* en tres categorías:

- 1 La incertidumbre moral, que surge cuando se plantea una cuestión o duda respecto de una posición inadecuada o incorrecta y, por ende, hay un sentimiento de tensión, frustración y enojo, aunque dicha situación no se perciba en general, como parte de un problema moral.
- 2 El dilema o conflicto moral, en donde existe más de un camino u opción a seguir, a pesar de que una sola conducta es la que podrá implementarse de acuerdo con la opción elegida.
- 3 El sufrimiento moral, es la circunstancia en la cual se conoce cuál es la decisión correcta o el camino que seguir, pero existen barreras o razones (individuales, sociales, institucionales, etc.) para no poder hacerlo.

No obstante, la dimensión ética requiere una consideración constante, para de esa manera poder definir posturas frente a éstas circunstancias o unas similares, y de esa manera brindar la respuesta más adecuada a cada una de ellas. De ahí que sea importante el reconocimiento de la dimensión moral del cuidado quirúrgico brindado, estimulando la reflexión y el análisis de las realidades confrontadas.

La equidad en el acceso a una atención de calidad, en su debido tiempo y por especialistas

La disparidad y la inequidad en el acceso adecuado generan conflictos éticos en la atención de los pacientes oncológicos o de aquellos que

requieran de alta complejidad o tecnologías avanzadas, en el tiempo y forma adecuados, esto es, dentro de plazos lógicos de espera y sin demoras infundadas. Habitualmente en nuestro medio, los enfermos llegan a la consulta de la red de atención pública con estadíos avanzados o bien luego de enfrentar trabas burocráticas que impactan en el estado funcional de los pacientes.

La equidad en el acceso a la cirugía esofágica mínimamente invasiva (laparoscópica y robótica) deberá ser también una preocupación ética, vinculada a la justicia en la distribución y asignación de recursos. Frente a estas circunstancias, las autoridades y los especialistas en conjunto deberán asignar áreas de prioridades: se privilegiará el tratamiento de la patología diagnosticada o se hará hincapié en el tamizaje para lograr un diagnóstico más temprano, que permita mayor éxito en el tratamiento y sobrevida de los casos de patología maligna¹⁶.

Para lograr la equidad en el acceso a un tratamiento de mayor complejidad, como representa la patología esofágica, y en particular la de etiología maligna, con necesidad de alta calidad de prestaciones, se deberá pensar en diversas alternativas, como pueden ser la regionalización o la acreditación de centros de excelencia, tanto en el ámbito público estatal como en el privado y en el académico. La coexistencia de múltiples sistemas de coberturas y los recursos exiguos del Estado hacen que cuestiones financieras y económicas con alto impacto ético se aborden de diversa manera. No obstante, y desde una perspectiva moral, podemos afirmar los siguientes argumentos para justificar la realización de la cirugía esofágica por especialistas expertos y con buenos resultados:

- El derecho del paciente a ser atendido por un cirujano y un equipo de profesionales diligente y competente
- Las razones de bien común y del bien mayor
- La responsabilidad última del Estado en garantizar una atención de salud de calidad y acorde con los estándares
- La importancia de la resolución quirúrgica oportuna, con el fin de armonizar el tratamiento neoadyuvante

- La responsabilidad ética de los profesionales involucrados, quienes deben velar por el bienestar de los enfermos afectados por esta patología
- Y obviamente, el rol guardián o supervisor de las asociaciones de profesionales y de la sociedad en todo su conjunto¹⁷.

La implementación de programas de detección temprana y tamizaje

Con relación al uso de algoritmos predictivos de riesgo de cáncer, tanto para el cáncer de esófago como para la patología considerada preneoplásica, los imperativos éticos y las cuestiones vinculadas de índole médico-legal suelen estar entrelazados. En oportunidades, presuntas razones de sobrecarga de trabajo o situaciones de falsa alarma por parte de los pacientes, si la información se presenta de manera demasiado explícita, pueden conspirar contra sus resultados. Las barreras de acceso pueden estar representadas por la falsa creencia en la intuición clínica o la falta de suficiente evidencia respecto de la utilidad clínica de estos algoritmos¹⁸.

Algunas de las cuestiones éticas que plantea este abordaje de la patología esofágica incluyen:

- Cuestiones de sesgo, equidad y justicia. La percepción respecto de estos temas es un componente crítico en el logro de apoyo por parte de los pacientes
- La transparencia y la apropiada comunicación de los riesgos es un elemento clave en la implementación de los algoritmos de riesgo, tanto en su uso como en la comprensión y percepción del riesgo por parte de los enfermos, ya que debería estar presente en toda discusión respecto de la toma informada de decisiones terapéuticas
- El uso adecuado de los recursos
- El uso de los denominados “nudges” (empujón) sanitarios, para lograr determinadas conductas, y que representan un ejemplo del paternalismo libertario

- El evitar el “excepcionalismo”, en el sentido de que ningún grupo o individuo puede quedar fuera de los parámetros generales de inclusión (normas, principios, derechos u obligaciones) con el objetivo de evitar diferencias o privilegios
- El uso de la inteligencia artificial¹⁹.

El proceso de toma de decisiones terapéuticas

La invasividad que caracteriza a los procedimientos esofágicos y la potencial morbilidad de los mismos hace que la toma de decisiones, en particular en patología neoplásica, sea especialmente difícil y desafiante. Por otra parte, la pérdida de control en la toma de decisiones por parte de los pacientes es frecuente dado que el período postoperatorio transcurre habitualmente en la unidad de cuidados intensivos y en muchos casos, bajo soporte vital, circunstancias que conspiran contra la toma de decisiones en forma autónoma.

Los enfermos deben completar una verdadera travesía, no exenta de desafíos en el proceso de toma de decisiones. Los pacientes con cáncer de esófago o de la unión esofagogástrica deben enfrentar varios retos durante el curso de su tratamiento, en vista de la incertidumbre en el pronóstico de su enfermedad y los efectos colaterales del tratamiento²⁰. Si bien, la toma de decisiones compartida se encuentra en el pináculo del cuidado de la salud centrada en el paciente, parecería ser más una aspiración teórica-doctrinaria que una realidad palpable en el día a día de la actividad asistencial en los hospitales. Para que los pacientes puedan contribuir activamente y encontrarse satisfechos con su elección de tratamiento, deben haber recibido suficiente información acerca de las ventajas y desventajas de las alternativas disponibles, y haberlas comprendido de manera adecuada y suficiente²¹.

Suele ser muy difícil tomar una decisión bien informada con relación al tratamiento cuando existen múltiples consideraciones de amplio rango respecto de la incertidumbre diagnóstica, terapéutica y pronóstica, como sucede en el cáncer de esófago. Si bien el tratamiento curativo

estándar suele incluir neoadyuvancia (quimio y radioterapia) seguida de cirugía, existen otras alternativas, como, por ejemplo, la neoadyuvancia seguida de vigilancia activa en determinadas circunstancias. No obstante, la comprensión de los riesgos, el carácter cuasiexperimental de este abordaje y la incertidumbre respecto de la evolución final, no hacen más que complejizar la toma de decisiones si éstas quedan puramente en manos del enfermo²². De ahí la importancia de la existencia y seguimiento de guías de práctica clínica, elaboradas acorde con la mejor evidencia científica disponible.

En general, los enfermos sobrellevan la carga de un diagnóstico asociado a una alta morbilidad y con un pronóstico difícil, en circunstancias de presión física y emocional, encontrándose exhaustos y con poca empatía en su mundo real. Su ritmo de vida sufre interrupciones por el calendario de eventos terapéuticos y de permanencia en instituciones de salud, por circunstancias vinculadas al procedimiento quirúrgico y las eventuales complicaciones e interurrencias.

Como debería ser la regla en todo cuidado médico, la decisión quirúrgica en patología esofágica debe determinarse basada en si dicho gesto va a brindar un beneficio claro y real al paciente, allende la probabilidad de complicaciones. El cirujano no debe sentirse obligado por motivos éticos, pero fundamentalmente legales, a brindar tratamiento cuando no existe fundamento o indicación taxativa. La determinación del valor de un tratamiento, y de si el mismo es apropiado para un determinado paciente, se basa en la evaluación de la efectividad de poder lograr los objetivos del tratamiento pesando riesgos y beneficios.

Desde un punto de vista ético, el beneficio al paciente se determina por dos factores principales: el potencial beneficio médico y los beneficios determinados por el paciente y/o sus subrogantes. En palabras de Edmund Pellegrino, la efectividad es determinada por el médico, la evaluación del beneficio y la posterior calidad de vida, por el enfermo, y la carga y el costo emocional, por ambos, paciente y médico²³. La toma de decisiones es una función inherente al encuentro clínico

entre paciente y médico, y los pacientes juegan un rol preponderante en estas decisiones. La toma de decisiones compartida incorpora las preferencias del enfermo, sus objetivos y su elección de la planificación diagnóstica y terapéutica. Pero, debe tenerse en cuenta que el cirujano a cargo, diligente, experto y competente, no se encuentra en condiciones de ofrecer un menú “a la carta” para que el enfermo decida eligiendo su opción de tratamiento.

El adecuado balance en este proceso es crucial para garantizar los mejores estándares de tratamiento y lograr los mejores resultados²⁴. Cada vez que el cirujano tenga que decidir una conducta terapéutica, deberá dar respuesta a dos preguntas. La primera es “¿cómo tratar?”, que es materia de la ciencia médica apoyada por la evidencia científica, y la segunda es “¿por qué tratar?”, vinculada con cuestiones éticas y morales, y que debe tener en cuenta los valores, los objetivos y las preferencias del enfermo. El cirujano también podrá enfrentarse a la negativa del enfermo a adoptar la conducta planteada, una circunstancia muchas veces vinculada a la profusión de información y a la transparencia de los riesgos y las complicaciones informadas²⁵.

El proceso de consentimiento informado

El contexto del consentimiento informado plantea la extensión y la comprensión de la información brindada y la explicación de los riesgos y las complicaciones, sin embargo, el olvido y la falta de concientización de los riesgos es una constante en cirugía²⁶. Cabe preguntarse entonces si podemos hablar de un consentimiento informado genuino y válido.

Debe recordarse que los pacientes suelen estar en condiciones de vulnerabilidad, a veces por el solo conocimiento de padecer una patología compleja, y en circunstancias, de naturaleza maligna. La competencia y la capacidad necesaria en el momento de prestar consentimiento no siempre se dan, en atención a las peculiares circunstancias que rodean este proceso. Los pacientes no siempre reciben la información necesaria, en muchas oportunidades no la comprenden, más allá de su

nivel de alfabetización en salud, y en otras, dejan estas decisiones en manos del equipo tratante o de los familiares subrogantes, por la pesada carga que representa. No obstante, se debe tratar de lograr un proceso de consentimiento informado leal y fiduciario, buscando el mayor beneficio para el enfermo.

El consentimiento informado no consiste pura y exclusivamente en la firma de un documento, sino en todo un proceso que reconoce etapas durante su desarrollo²⁷. En tal sentido:

- a. Las condiciones iniciales son la competencia y la voluntad del enfermo. Si bien se confunden la competencia y la capacidad, no poseen el mismo significado, ya que puede acreditarse una sin la otra. La voluntad es la falta de sujeción a coerciones externas, hecho que en la práctica asistencial diaria es complejo y complicado, ya que los pacientes, máxime aquellos portadores de patología esofágica maligna, suelen encontrarse en condiciones de vulnerabilidad
- b. Respecto de la información brindada por los agentes de salud, la misma debe ser revelada de manera clara y acorde, debe existir una recomendación frente al caso clínico en particular e, idealmente, el equipo médico deberá asegurar la máxima comprensión de la información por el paciente
- c. Por último, el consentimiento propiamente dicho, incluye la toma de decisión (ya sea aceptación o rechazo), la comunicación de dicha decisión al equipo médico tratante, la documentación, la cual será de utilidad frente a posteriores reclamos y, finalmente, la autorización para hacer, ya que se puede dar marcha atrás hasta el momento inmediato previo al ingreso al quirófano.

Es de significativa importancia, el respeto por los valores y principios éticos por parte del equipo tratante en circunstancias tan particulares. Si bien la autonomía del paciente ha ganado cada vez mayor importancia en el momento de las decisiones terapéuticas, la autonomía debería basarse

en el conocimiento claro e indiscutible; ergo, la información no solo debe ser provista sin sesgo o “*nudge*” alguno, sino debe ser fehacientemente comprendida y “aprehendida” por el enfermo que va a tomar decisiones de importancia, vinculadas a su futuro oncológico, su bienestar y su calidad de vida.

Otro tema crucial es quién elige el procedimiento definitivo que se va a llevar a cabo frente a la posibilidad de diversas opciones; algunos plantean un paternalismo blando. Asimismo, existen variaciones geográficas respecto del mejor modelo de toma de decisiones. En los países latinos, los pacientes suelen recibir o incluso solicitar guía o consejo de sus médicos de cabecera, mientras que, en los países sajones, suele darse una exacerbación de la autonomía en la toma de decisiones, y obviamente, el grado de alfabetización en salud juega un rol destacado. Un asunto que considerar, con profundas implicancias éticas, es el del arrepentimiento terapéutico, circunstancia en la cual el enfermo se arrepiente de la decisión asumida, en consonancia o no con el consejo del profesional participante²⁸.

Los cuidados paliativos

Los cuidados paliativos, incluyendo la cirugía paliativa, plantean una serie de conflictos éticos, siendo uno de los principales la provisión de información honesta a los pacientes respecto de su futuro y pronóstico, pero sin comprometer la esperanza y la toma de decisiones complejas en el final de la vida. El objetivo principal es aliviar el sufrimiento y brindar la asistencia y el apoyo emocional y espiritual, para mejorar la calidad de vida, permitiendo que el paciente cumpla sus anhelos y, de esa manera, colaborar en una muerte digna y acorde a las expectativas.

Los médicos, como agentes morales, debemos hacer la muerte más fácil, de manera que la misma permita tener una sensación y un sentido de clausura. La utilidad de las decisiones anticipadas, el rol de los subrogantes y la comunicación efectiva, sin falsas expectativas, contribuyen de manera notoria a transitar las últimas etapas de la vida²⁹. Los siguientes puntos merecen una consideración especial para evitar conflictos:

- La discusión anticipada de estos temas, asegurando que no va a existir dolor físico ni otro tipo de padecimiento, suele aclarar falsas expectativas o temores
- Se deberá distinguir entre procedimientos ordinarios y extraordinarios en las últimas etapas de la vida
- La distinción entre futilidad cualitativa y cuantitativa es crucial para el buen entendimiento de todas las partes (enfermo, familiares, equipo quirúrgico y de cuidados paliativos)
- La discusión franca y abierta respecto de las órdenes de no resucitación, así como del eventual traslado a unidad cerrada, respetando a ultranza los pedidos del enfermo
- El respeto por las creencias culturales o religiosas del enfermo.

Algunos de los conflictos éticos en los últimos momentos de la vida incluyen los debates respecto de temas como el rol de la cirugía en los pacientes terminales, las órdenes de no resucitación, la implementación de medidas de apoyo extraordinarias cuando el desenlace será fatal a corto o muy corto plazo (asistencia respiratoria mecánica, apoyo nutricional, transfusiones sanguíneas), la sedación, la no implementación o la interrupción de tratamiento de apoyo vital, la eutanasia y el suicidio asistido. Todas estas problemáticas merecen un planteamiento ético de manera indiscutible, y en caso necesario, la participación de un Servicio de Ética Clínica será indispensable para colaborar con el equipo tratante.

La innovación en la cirugía esofágica

La introducción de nuevas tecnologías idealmente debería poder dar respuesta a las siguientes preguntas:

- Viabilidad de la técnica, o la posibilidad de completar el procedimiento de manera exitosa. Algunos parámetros serían la eficacia y la eficiencia de la técnica para la condición en discusión, la posible aceptación y adopción de la técnica por otros cirujanos y pacientes

- Seguridad, un punto crucial que se refiere a los riesgos de complicaciones, la facilidad de su aprendizaje por un cirujano promedio y la necesaria curva de aprendizaje
- Ventajas clínicas, donde el beneficio debe ser preciso y notorio para el paciente y para el sistema de salud³⁰.

No obstante, en orden de una evaluación ajustada y precisa, y para incrementar el conocimiento y la concientización de los pacientes, la buena ciencia, exacta y confiable, y los datos fidedignos son mandatorios para discernir la ética de las nuevas tecnologías. Algunas preguntas que nos pueden ayudar a navegar estas circunstancias son las siguientes:

- ¿Es éste un procedimiento experimental?
- ¿Es ésta la primera opción para la cirugía?
- ¿Quién puede ejecutar este procedimiento?
- ¿Cuáles son los requisitos y el entrenamiento necesario para poder realizar esta cirugía?

La Colaboración Balliol describió el abordaje IDEAL (*Innovation, Development, Exploration, Assessment, Long-term study*), que aborda los tópicos planteados y aporta herramientas para los paradigmas éticos en la innovación quirúrgica³¹.

Herramientas para la resolución de los conflictos éticos

La toma de decisiones va de la mano del juicio clínico, en cabeza del cirujano, guiado por los principios éticos, los valores del enfermo y los propios, y la ética de las virtudes. Frente a una evaluación ética de los datos, cabe seguir el siguiente procedimiento:

- Verificación de la realidad y de los hechos en discusión
- Análisis pormenorizado de los mismos desde una perspectiva ética, incluyendo la identificación y el esclarecimiento
- Argumentación de fortalezas relativas, fallas y aplicabilidad en el mundo real.

Un análisis ético de cualquier situación acontecida dentro de la relación enfermo-cirujano debe incluir las siguientes etapas:

- 1 Identificación de todos los datos de un determinado caso clínico, incluyendo las alternativas médicas y quirúrgicas, así como los antecedentes y la historia social del individuo
- 2 Análisis ético de la situación, apelando a las virtudes, las consecuencias de las potenciales decisiones, derechos y cuestiones de equidad y justicia
- 3 Argumentos éticos, debiendo dar respuesta a los siguientes interrogantes:
 - ¿Están las razones correctamente definidas?
 - ¿Los distintos motivos se vinculan unos con otros?
 - ¿Existen otras conclusiones o razonamientos que pueden adoptarse?
 - ¿Cuáles son las conclusiones o razones contrapuestas?
- 4 Cuestiones de autoridad y poder durante el procedimiento quirúrgico y el postoperatorio inmediato; por razones obvias, el paciente se encuentra en un rol pasivo.

Otra aproximación para la resolución de conflictos éticos es la propuesta por Jonsen y Siegler, conocida como “las cuatro cajas”³², que incluyen los siguientes aspectos:

- 1 Indicaciones médicas: corresponde a la aplicación de los principios éticos de beneficencia y no maleficencia. Deberá enfocarse en la condición médica (acuidad, emergencia, electiva), los objetivos del tratamiento propuesto, las alternativas o las opciones terapéuticas, y la posibilidad de riesgo y de complicaciones.
- 2 Preferencias del enfermo: corresponde a la aplicación del principio del respeto por la autonomía. Deberá analizar en detalle la información de los riesgos, la comprensión de los beneficios, la capacidad decisional del enfermo y sus preferencias personales, y el rol de los subrogantes

- 3 Calidad de vida: aquí cobran relevancia los principios de beneficencia, no maleficencia y respeto por la autonomía. El análisis hará foco en la condición basal, el estilo de vida y la autonomía, el tiempo esperado de recuperación, así como la posibilidad de secuelas y la condición futura
- 4 Factores contextuales: corresponde a la aplicación del principio ético de justicia y se vincula con los factores económicos y financieros, la disponibilidad de recursos y otras cuestiones conexas.

Conclusiones

Los pacientes con enfermedades esofágicas, en particular neoplásicas, pueden experimentar, a lo largo de su proceso de diagnóstico, tratamiento y recuperación, situaciones que obligarán a un abordaje ético con el objetivo de lograr lo mejor para el enfermo, y así poder garantizar una calidad de atención centrada en el mismo. El diálogo permanente, la resolución de eventuales conflictos, el reconocimiento de la vulnerabilidad del enfermo y la adhesión a los principios éticos deberán guiar el accionar de los profesionales a lo largo del proceso de atención quirúrgica, poniendo el bienestar y el interés del enfermo en primer lugar.

Cumplimiento de normas éticas

Consentimiento informado: Por la naturaleza del artículo, no se requiere de diligenciamiento de consentimiento informado.

Conflictos de interés: Ninguno declarado por los autores.

Uso de inteligencia artificial: Los autores declararon que no se utilizaron tecnologías asistidas por inteligencia artificial (IA) en la producción de este trabajo.

Fuentes de financiación: No se recibió ninguna fuente externa de financiación.

Contribución de los autores

- Diseño y concepción del estudio: Alberto R. Ferreres.
- Adquisición de datos: Alberto R. Ferreres, Jennifer Tevez, Marina Antelo.

- Análisis e interpretación de datos: Alberto R. Ferrerres, Jennifer Tevez, Marina Antelo.
- Redacción del manuscrito: Alberto R. Ferrerres, Jennifer Tevez, Marina Antelo.
- Revisión crítica: Alberto R Ferrerres, Marina Antelo.

Referencias

1. Pellegrini CA. Trust: The keystone of the patient-physician relationship. *J Am Coll Surg*. 2017;224:95-102. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2016.10.032>
2. McCullough LB, editor. John Gregory's writings of medical ethics and philosophy of medicine. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1998. <https://doi.org/10.1007/978-0-585-32315-2>
3. Patino Restrepo JF. Humanismo, medicina y ciencia. Bogotá: Ediciones UNAL; 2011. ISBN: 978-958-718-825-6 (Tapa dura), 978-958-718-827-0 (Rústico), 978-958-718-826-3 (E-book).
4. Little M. The fivefold root of an ethics of surgery. *Bioethics*. 2002;16:183-201. <https://doi.org/10.1111/1467-8519.00281>
5. Lagergren J, Smyth E, Cunningham D, Lagergren P. Oesophageal cancer. *Lancet*. 2017;390:2383-96. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31462-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31462-9)
6. Nuytens F, Dabakuyo-Yonli TS, Meunier B, Gagnière J, Collet D, D'Journo XB, et al.; for the Fédération de Recherche en Chirurgie (FRENCH) and French Eso-Gastric Tumors (FREGAT) Working Groups. Five-year survival outcomes of hybrid minimally invasive esophagectomy in esophageal cancer: Results of the MIRO randomized clinical trial. *JAMA Surg*. 2021;156:323-32. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2020.7081>
7. Abou-Chaar MK, Godin A, Harmsen WS, Wzientek C, Saddoughi SA, Hallemeier CL, et al. Determinants of long-term survival decades after esophagectomy for esophageal cancer. *Ann Thorac Surg*. 2023;116:1036-44. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2023.05.033>
8. Ely S, Alabaster A, Dominguez DA, Maxim C, Ashiku SK, Patel AR, et al. Effect of thoracic surgery regionalization on 1- and 3-year survival after cancer esophagectomy. *Ann Surg*. 2023;277:e305-e312. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000005076>
9. Bonavina L. Innovation in esophageal surgery. Chur, CH: Springer; 2012. ISBN: 978-88-470-2468-7. <https://doi.org/10.1007/978-88-470-2469-4>
10. Vilanova A. Opera Medica Omnia vol 1. Tractatus de Inention e Medicorum. Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona; 2015. ISBN: 9788479356989.
11. Stokes W. The ethics of surgery. *Dublin J Med Sci*. 1984;98:369-83. <https://doi.org/10.1007/BF02971259>
12. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 4th ed. New York: Oxford University Press; 1994.
13. Ross WD. The right and the good. Oxford: Oxford University Press; 1930.
14. Smith CM. Origin and uses of primum non nocere—above all, do no harm! *J Clin Pharmacol*. 2005;45:371-7. <https://doi.org/10.1177/0091270004273680>
15. Ferrerres AR. Duties and obligations of a physician. En: Ferrerres AR, Angelos PA, editores. Ethics in surgical practice. Chicago: American College of Surgeons; 2017.
16. Delman AM, Ammann AM, Turner KM, Vaysburg DM, Van Haren RM. A narrative review of socioeconomic disparities in the treatment of esophageal cancer. *J Thorac Dis*. 2021;13:3801-8. <https://doi.org/10.21037/jtd-20-3095>
17. Bakkila BF, Kerekes D, Nunez-Smith M, Billingsley KG, Ahuja N, Wang K, et al. Evaluation of racial disparities in quality of care for patients with gastrointestinal tract cancer treated with surgery. *JAMA Netw Open*. 2022;5:e225664. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.5664>
18. Brigden T, Mitchell C, Redrup-Hill E, Hall A. Ethical and legal implications of implementing risk algorithms for early detection and screening for oesophageal cancer, now and in the future. *PLoS One*. 2023;18:e0293576. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0293576>
19. Ferrerres AR. Ethical and legal issues regarding artificial intelligence (AI) and management of surgical data. *Eur J Surg Oncol*. 2024(in press):108279. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2024.108279>
20. Larsen MK, Schultz H, Mortensen MB, Birkelund R. Decision making in the oesophageal cancer trajectory: a source of tension and edginess to patients and relatives: a qualitative study. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2023;18:2170018. <https://doi.org/10.1080/17482631.2023.2170018>
21. Shaw SE, Hughes G, Pearse R, Avagliano E, Day JR, Edsell ME, et al. Opportunities for shared decision-making about major surgery with high-risk patients: a multi-method qualitative study. *Br J Anaesth*. 2023;131:56-66. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2023.03.022>
22. Hermus M, van der Wilk BJ, Chang R, Dekker JWT, Coene PPL, Nieuwenhuijzen GAP, et al. Esophageal cancer patients' need for information and support in making a treatment decision between standard surgery and active surveillance. *Cancer Med*. 2023;12:17266-72. <https://doi.org/10.1002/cam4.6308>
23. Pellegrino ED. Decision at the end of life: The use and abuse of the concept of futility. En: Vial-Correa JD, Sgreccia E, eds. The dignity of the dying person: Proceedings of the fifth assembly of the pontifical academy for life. 24-27 february 1999. Vaticano: Libreria Editrice; 2000.

24. Gray KD, Nobel TB, Hsu M, Tan KS, Chudgar N, Yan S, et al. Improved preoperative risk assessment tools are needed to guide informed decision making before esophagectomy. *Ann Surg*. 2023;277:116-20. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000004715>
25. Rahouma M, Harrison S, Kamel M, Nasar A, Lee B, Port J, et al. Consequences of refusing surgery for esophageal cancer: A national cancer database analysis. *Ann Thorac Surg*. 2018;106:1476-83. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2018.06.030>
26. Madan AK, Tichansky DS, Taddeucci RJ. Postoperative laparoscopic bariatric surgery patients do not remember potential complications. *Obes Surg*. 2007;17:885-8. <https://doi.org/10.1007/s11695-007-9164-5>
27. Cainzos MA, González-Vinagre S. Informed consent in surgery. *World J Surg*. 2014;38:1587-93. <https://doi.org/10.1007/s00268-014-2585-0>
28. Wilson A, Winner M, Yahanda A, Andreatos N, Ronnekleiv-Kelly S, Pawlik TM. Factors associated with decisional regret among patients undergoing major thoracic and abdominal operations. *Surgery*. 2017;161:1058-66. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2016.10.028>
29. Carrilho-Pichel R, Araújo A, Da Silva-Domingues V, Nunes-Santos J, Freire E, Mendes AS, et al. Best supportive care of the patient with oesophageal cancer. *Cancers (Basel)*. 2022;14:6268. <https://doi.org/10.3390/cancers14246268>
30. Ferreres AR, Patti M. Ethical issues in the introduction of new technologies: From Mis to POEM. *World J Surg*. 2015;39:1642-8. <https://doi.org/10.1007/s00268-015-3067-8>
31. Barkun JS, Aronson JK, Feldman LS, Maddern GJ, Strasberg SM; for the Balliol Collaboration. Evaluation and stages of surgical innovations. *Lancet*. 2009;374:1089-96. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61083-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61083-7)
32. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical Ethics: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine*. 8th ed. New York: McGraw Hill; 2015.