

Las operaciones innecesarias en el ejercicio de la cirugía. Un tema de nuestro tiempo con graves implicaciones en la ética médica

Vicente Guarner*

Resumen

Las operaciones innecesarias representan entre 20 a 25% del total de la cirugía que se practica en el mundo. Este estudio analiza sus causas, su evolución a través de la historia, sus enormes repercusiones económicas y, sobre todo, su impacto en la persona al constituir un verdadero daño iatrogénico. Buscar una solución al grave problema de las intervenciones quirúrgicas innecesarias es urgente, porque ello incide en el campo de la ética y de la moral del ejercicio de la cirugía.

Palabras clave: Operaciones innecesarias, historia, economía, daño iatrogénico

La práctica de operaciones innecesarias constituye, en nuestro tiempo, un problema con trascendentes consecuencias en medicina y, sobre todo, en el campo de la ética médica. El presente análisis se cuestiona acerca de su pasado, de su frecuencia actual, de sus repercusiones económicas y de sus efectos en el ejercicio de la cirugía.

Lo innecesario en la vida humana es aquello que es superfluo, que no hace falta, algo que se lleva a efecto y de lo que definitivamente hubiéramos po-

Summary

Unnecessary operations represent between 20 and 25% of total surgical practice. This article analyses causes, history, enormous economic effects and their consequences as an iatrogenic harm. Looking for a solution to the problem of unnecessary operations is urgent because these surgeries have a direct effect on the field of ethics and morality in the practice of surgery.

Key words: Operations unnecessary, history, economics, iatrogenic disease

didio prescindir. La cirugía es la rama de la medicina que trata de las enfermedades o accidentes que se curan mediante procedimientos manuales operatorios¹ que, en su esencia, poseen, la cualidad de ser, además de útiles, obligadamente necesarios.

Todo acto operatorio implica una agresión dolorosa para el que padece y las más de las veces resulta, asimismo, cruento, por lo que sólo debe llevarse a efecto en su carácter de ineludible: cuando no existe la alternativa de otro procedimiento cura-

*Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Oncológicas del Hospital de Oncología CMN Siglo XXI. IMSS

tivo con el mismo grado de eficacia. Expresado cognoscitivamente, toda intervención en cirugía debe ser justificada y, por consiguiente, imprescindible, de otro modo caerá en lo opuesto, es decir, en "su innecesariedad".

La comisión conocida como HSUS, *Health Services Utilization Study* (Utilización de los Servicios de Salud)² define una intervención quirúrgica necesaria, como aquella en la que los beneficios que normalmente deben derivar de toda cirugía: incremento en la esperanza de vida, alivio del dolor y mejoría en la capacidad funcional, excedan las consecuencias negativas de la misma (morbilidad y mortalidad, la ansiedad que precede a la llegada del paciente al quirófano, el dolor ocasionado por el procedimiento, así como, el tiempo laboral perdido) y lo hagan por un margen suficiente para que los inconvenientes de la operación sean compensados con los beneficios obtenidos de la misma.

Dicha definición reúne dos componentes. Primero asienta que la finalidad de toda intervención es el beneficio del enfermo. Segundo, al introducir el efecto de bien, apunta que la naturaleza fundamental de toda cirugía, reside, precisamente, en su utilidad.

Que duda cabe que la cirugía contemporánea ha llegado a alcanzar un gran desarrollo tecnológico. La medicina, con sus actuales recursos de laboratorio y gabinete, apunta hacia una absoluta definición diagnóstica. Hoy, mucho más que ayer, hace apenas 25 años, el paciente que va a ser operado llega al quirófano no sólo con un diagnóstico preciso sino, además, hasta con la etiqueta del grado (la extensión que posee la enfermedad. Tal es el caso del enfermo con una neoplasia, quien gracias a la tecnología contemporánea, es operado con una imagen muy cercano a la realidad, de la extensión del tumor, lo que expresamos como la estadificación del cáncer, o sea, el grado de progresión del mismo. A pesar de ello, se llegan aún a operar actualmente, pacientes con tumores malignos, sin que la cirugía les pueda ofrecer un tratamiento no digamos curativo sino ni siquiera paliativo; es decir, se practican todavía, en algunos enfermos con cáncer, operaciones que resultan absolutamente inútiles, innecesarias.

Nunca habíamos dispuesto de un procedimiento con tanta sensibilidad y especificidad como el ecograma para el estudio de la vesícula biliar y sin

embargo, en nuestros días se extirpan más vesículas normales que antes. La cirugía laparoscópica ha incrementado, en forma alarmante, el número de colecistectomías con vesículas sin lesión alguna en el estudio histopatológico. En una comunicación hecha por el Comité de Tejidos de un hospital privado del Distrito Federal³ durante uno de los meses de 1999, de 45 vesículas extirpadas, las tres llevadas a efecto por el procedimiento convencional, presentaban un cuadro agudo y su resección resultaba imprescindible; pero de las 42 operadas por vía laparoscópica, siete (más de 17%), eran normales y por tanto, su extirpación resultaba absolutamente innecesaria. En una valoración comparativa llevada a efecto en los hospitales del estado de Michigan,⁴ entre el número de colecistectomías practicadas cuando predominaba el procedimiento abierto a la cifra de los años en los que quedó aceptado el procedimiento laparoscópico, el porcentaje global de extirpación de vesículas con litiasis se incrementó 21%, en tanto que aquellas sin lesión en estudio histopatológico lo hizo 138%. Este fenómeno se pretende justificar sobre las bases de que hoy se operan las llamadas disquinesias vesiculares, entidad introducida en los años cuarenta que, al igual que los estudios manométricos transoperatorios en vías biliares -que eran practicados con gran frecuencia en ese entonces- no ha demostrado poseer hasta ahora, correlación clínica alguna. No existe ningún estudio comparativo a largo plazo que demuestre que la colecistectomía resulte un mejor tratamiento para vesículas de vaciamiento retardado que el uso de anti-espasmódicos, colagogos o ansiolíticos.

En 1967, un estudio británico, publicado en el *New England Journal of Medicine*,⁵ puso en evidencia algo sorprendente: los cirujanos en Estados Unidos realizaban el doble de intervenciones quirúrgicas, por cirujano y en la misma densidad de población, que sus colegas del Reino Unido. Cuatro años después, un segundo estudio llevado a efecto en Estados Unidos,⁶ demostró que en 25 % de los casos cuando se indica una intervención quirúrgica, una segunda opinión niega la primera indicación.

Con estos datos, la Casa de Representantes del Congreso de los Estados Unidos de Norteamérica, consideró conveniente formar un subcomité destinado a estudiar el problema de las operaciones

innecesarias. En el año de 1974, dicho comité concluyó, con fundamento en estudios retrospectivos de intervenciones realizadas en ese mismo año, que 2.4 millones de cirugías (17.6% del total de intervenciones quirúrgicas anuales en los Estados Unidos) eran innecesarias, resultando en un costo de 3.900 millones de dólares anuales.⁷ Como resultado de este grave problema, surgió, precisamente, el impulso dado al programa: "La Segunda Opinión", desarrollado por los Departamentos de Salud y de Educación del gobierno norteamericano y por las compañías de seguros.

Como podremos darnos cuenta, en los Estados Unidos de Norteamérica, la problemática de la cirugía innecesaria se enfocó, desde los años setentas, en el contexto economía y costos, sin contemplar la parte humana de su contenido: su morbilidad y mortalidad, el dolor y sufrimiento del operado y, por añadidura, desafortunadamente, muchas veces la pérdida de la vida de la persona. Un fenómeno mucho más grave y con enormes perspectivas éticas. En otras palabras, el problema se enfocó, bajo el inefable sentido económico norteamericano, como gastos innecesarios y no como daño iatrogénico.

Analizar la cirugía innecesaria como una forma de daño iatrogénico presupone que la cirugía en sí, como procedimiento invasor implica, de facto, un daño a la persona. En su perspectiva filosófica, frente a riesgos tales como: infecciones nosocomiales efectos anestésicos adversos, complicaciones etc, este daño encuentra su justificación en el hecho de ser un procedimiento terapéutico esencial para el paciente. Cuando una intervención es innecesaria dicha justificación se desvanece totalmente.

Como en todo fenómeno del existir humano, la cirugía innecesaria tiene un pasado, es decir, una historia. En 1910, Abraham Flexner, un distinguido investigador y profesor norteamericano, llamó la atención acerca de que, en términos generales, el grueso de los médicos que ejercían la profesión de cirujanos, estaba pobremente preparado y mal adiestrado en su especialidad. Curiosamente, Flexner apunta en su artículo que ya desde aquel entonces, la avaricia por hacerse de pacientes quirúrgicos, derivaba en la dicotomía de honorarios y en muchas cirugías superfluas.⁸

Como respuesta inmediata, el *American College of Surgeons* propuso instituir reformas en la prác-

tica de la cirugía y en la calidad de la atención hospitalaria.⁹ Cabe recordar que entre 1945 y 1950, el provecho obtenido con el tratamiento de los accidentes bélicos de la segunda contienda mundial, al ser aplicado a los hospitales y a la población civil, contribuyó trascendentalmente al desarrollo de la medicina norteamericana.

En 1950 se crearon por primera vez, los Comités de Tejidos¹⁰ y se propuso la conveniencia de llevar a efecto auditorías privadas, con la finalidad de determinar la morbilidad y mortalidad de las intervenciones quirúrgicas asociadas a cirujanos, en forma individual.

Desde el comienzo surgieron a simple vista, varios hechos. En ginecología, por ejemplo, se encontró que se extirpaban de rutina 36% de ovarios normales y que muchas histerectomías carecían de un criterio explícito que justificara su indicación.¹¹

Durante este mismo período, estudios realizados en pacientes sujetos a amigdalectomías y adenoidectomías, demostraron que 50% de los casos se practicaba en una población de enfermos por debajo de los 10 años, sin beneficios demostrables.

El grupo RAND dentro de HSUS puso de relieve el uso inapropiado de tres procedimientos en 13 zonas geográficas distintas de los Estados Unidos. En dicho estudio del total de angiografías coronarias 17% se consideraron innecesarias; al igual que 17% de endoscopías gastrointestinales y hasta 32% de las endarterectomías carótideas.

Muy pronto los Comités de Tejidos pusieron de manifiesto el valor de su aplicación. En 1952 Wrinert y Brill informaron que el número de apéndices normales se había reducido de 60 a 15%, a los dos años de formado el primer comité en un hospital.¹² Para 1958 los apéndices sin lesión que llegaban a patología se redujeron todavía más según un informe publicado en la revista *Surgery*, por Rutkow y Zuidema, éxito atribuible, también a la difusión de dichos comités.¹³ No obstante, todavía en nuestro momento, en un hospital privado, de renombre en la ciudad de México (aquí podríamos escoger cualquier toda vez que de ello existen muchos ejemplos) 9% de los apéndices operados por vía convencional son normales, si bien por vía laparoscópica lo son 30% de los enviados al laboratorio de patología.

Ahora bien, los Comités de Tejidos consideran que todo órgano normal que llega al examen microscópico, proviene de una operación innecesaria. Ello también resulta inexacto. A escasos años de establecidos, se observó que los Comités de Tejidos no eran un medio infalible para detectar lo que son cirugías innecesarias. Existe, en toda operación, un sinnúmero de factores que entran en juego en el momento y que deben ser tomados en cuenta en forma individual. En ocasiones, el cirujano puede verse en la necesidad de intervenir y extirpar un apéndice sano, en función de los datos clínicos, para darle al paciente el beneficio de la duda. Otras veces, se extirpa un apéndice en forma profiláctica, en el curso de una operación electiva. En una laparoscopia diagnóstica, el cirujano puede, por la misma razón, hacer la resección del apéndice como procedimiento preventivo. De estas consideraciones se infirió que la valoración patológica constituía una referencia incompleta para hablar de una operación innecesaria. Por otra parte, es menester tomar en consideración que no todas las intervenciones que se realizan, cuentan con piezas de patología como prueba de juicio. Tal es el caso de las operaciones cesáreas,

En Estados Unidos, las compañías aseguradoras, Blue Cross y Blue Shield principalmente, despejaron la necesidad del antes mencionado programa: La Segunda Opinión. Dos estudios fueron decisivos para ello: el de Bunker donde demostró que desde el punto de vista de las compañías de seguros los médicos en Norteamérica, practicaban el doble de cirugías que las que hacían sus colegas en Gran Bretaña³ y la observación de McCarthy y Widmer⁴ que publicaron el primer análisis acerca de la llamada Segunda Opinión, donde encontraron que la proporción de casos no confirmados por esta última, era del 16.4% en cirugía general; 31.4% en ginecología; 40.3% en ortopedia y 16.3% en otorrinolaringología, es decir, un promedio de 24% de operaciones no estaban confirmadas.

Hacia el final de los cincuentas, el Colegio Americano de Cirujanos, definió como cirugía injustificada o innecesaria, aquella que no está respaldada por el razonamiento clínico que contemple la enfermedad que presenta el enfermo.

El problema resultó a tal punto alarmante y de difícil control que desde 1988 las compañías de seguros norteamericanas han establecido límites

para aquellos casos que no cuentan con el respaldo de una segunda opinión.¹⁴

Ahora surge otro aspecto en este espinoso problema: ¿quién puede decir que la segunda opinión es mejor que la primera? En otras palabras, la segunda opinión no ofrece un fundamento esencial para valorar una operación como innecesaria.¹⁵

De todo ello, a su vez, se derivan graves cuestiones éticas y más que nada, morales. El cirujano aprovecha hoy una laparoscopia, más o menos bien indicada, desde el punto de vista diagnóstico, y practica una apendicectomía. El cirujano ante un cuadro clínico poco definido lleva a cabo la extirpación del apéndice, otorgándole al paciente el beneficio de la duda y el órgano extirpado resulta normal. El Comité de Tejidos se ve incapaz de establecer una diferencia de juicio entre ambos problemas que le permita dictaminar. Ahora cabe preguntarse, ¿es el Comité de Tejidos una entidad con escaso valor ante este tipo de ejemplos? No. Desde luego no constituyen un medio infalible pero son, precisamente estos comités, los que guardan en sus archivos el "dossier" de esos cirujanos que baten verdaderos "records" en extirpaciones de apéndices, úteros, vesículas y hasta estómagos e intestinos absolutamente sanos. Ahora surge otra interrogante ¿acaso el hospital sanciona siempre al cirujano con ese proceder? Definitivamente lo debe hacer, bien que, desafortunadamente, no es así. El que extirpa órganos sanos, como aquel que solicita estudios innecesarios representa un beneficio económico inmediato para el hospital: una fuente de ingreso, aunque a la larga el beneficio se torna en perjuicio toda vez que de una u otra forma repercutirá en el prestigio de la institución.

En los años setentas el ACS y AMA dictaron una definición de lo que se puede considerar operaciones innecesarias:¹⁶

1. Operaciones indicadas en padecimientos con escasos síntomas, sin patología demostrada y sin ninguna situación que ponga en peligro la vida.
2. Operaciones de las que no se obtengan tejidos y que la clínica no las justifique.
3. Operaciones que sean objeto de discusión y divergencia de juicios entre expertos en el problema.
4. Operaciones para aliviar síntomas perfectamente tolerables.

5. Operaciones que han perdido actualidad y son obsoletas o que se han desacreditado.
6. Operaciones con poca justificación clínica, que sólo buscan el beneficio personal del médico.

Es válido comentar que algunos de estos puntos resultan definiciones con grandes variantes, que difícilmente se prestan a la generalización y que han menester del juicio individual.

Para terminar, cabe preguntarse, ¿por qué cuando estamos en una época de un enorme desarrollo tecnológico todavía se realizan operaciones innecesarias? Aquello que en sus comienzos, fue producto casi exclusivamente de la ignorancia, es hoy un problema complejo donde se engranan múltiples factores:

1. Incentivos financieros

Es esta la idea popular que prevalece: el médico practica operaciones innecesarias con fines lucrativos. Ya en 1911, Bernard Shaw, el dramaturgo inglés, en el prefacio de su obra teatral: "The Doctor's, Dilemma", deplora que los incentivos monetarios, creados por el arreglo pago por servicio, impulsan al médico hacia el mal ejercicio de su profesión. Curiosamente, LoGerfo demostró en 1982, que las operaciones innecesarias se practican estadísticamente con una frecuencia mayor cuando el médico se encuentra en el ejercicio privado que cuando labora en un servicio institucional.¹⁷

2. La estructura del mercado médico. Demanda y producción

El abastecimiento de equipo de un hospital ha sido, asimismo, inculcado de contribuir a los abusos quirúrgicos, al poner a disposición del médico nuevos instrumentos y nuevas tecnologías y presionarlo para su utilización. Claro que aquí intervienen factores personales, como hasta qué punto el hospital favorece y el médico se deja seducir y lleva a efecto operaciones innecesarias.

En 1969 Bolande observó que la amigdalectomía, una operación que se efectuada muy extensamente a pesar de su escasa justificación científica, se realizaba con mayor frecuencia en niños de un nivel social alto que en la clase media. Este hecho

hizo surgir la idea, ampliamente divulgada por el autor, de la relación tonsilectomía y status social.¹⁸

Dentro de la demanda se ha hecho caer a las operaciones rituales (circuncisión) del lado de las intervenciones innecesarias, cuando indudablemente resultan difíciles de juzgar, toda vez que entran dentro del capítulo de las tradiciones y ceremonias de una determinada comunidad. Del mismo modo sucede con la cirugía estética donde el aspecto psíquico constituye un factor trascendente desde los puntos de vista personal y social.

3. La cirugía defensiva

Este rótulo no es por fortuna, entendible, en muchos países; pero, si bien no es justificable, existe en Estados Unidos donde el personal de salud se ve en la necesidad de protegerse del peligro de los reclamos legales. Evitar el riesgo de una demanda es un rubro observado particularmente en ciertas especialidades, como en el campo de la cirugía obstétrica donde para eludir las complicaciones de un parto natural, se practica con alarmante frecuencia la operación cesárea. Esta intervención se elevó de 5.5% en 1970, a 24% en 1979. Lo que se llama reducir el riesgo, incluye varias estrategias destinadas a soslayar los procesos legales, tal es el caso del uso de monitoreo fetal, un procedimiento que si bien cuenta con una gran difusión, ha fallado en mejorar los riesgos del parto y ha contribuido a incrementar el número de cesáreas.¹⁹

4. Falta de fundamentos cognoscitivos en la práctica quirúrgica

Una gran parte de las operaciones innecesarias han sido propiciadas, desde los comienzos de la historia de la cirugía, por la falta de conocimientos del cirujano o por error. Otras son genuinamente, producto de la inexperiencia. Muchas veces el cirujano se adelanta a la indicación quirúrgica, sin haber estudiado apropiadamente al enfermo, tal es el caso de la enorme proporción de operaciones antirreflujo que se llevan a efecto en nuestros días, con una escasa valoración del paciente y que resultan responsables de los malos resultados

obtenidos a largo plazo. Finalmente, el cirujano se equivoca. Todos los cirujanos nos hemos equivocado. Todos hemos hecho extirpaciones de apéndices sanos alguna vez; pero aquel que de cada cinco apendicectomías solo encuentra una apendicitis, merece, la primera vez, una llamada de atención del Comité de Tejidos y la segunda una sanción. O no tiene experiencia o es amoral.

Recomendaciones para evitar en lo posible operaciones innecesarias

De lo analizado a lo largo de esta presentación se podrá inferir que una cuarta parte de las operaciones innecesarias resultan evitables. La prevención debe abarcar varias áreas de acción: como mejores procedimientos de supervisión; implementar la evaluación de los nuevos procedimientos tecnológicos antes de ponerlos en juego, difundir y estimular los sistemas de educación médica continua y, sobre todo el más importante de todos los factores antes mencionados: el rubro educación. Inculcar a los médicos, durante su entrenamiento, el sentido de la responsabilidad individual tendrá por resultado despertar la conciencia del profesional, y este hecho a la postre, repercutirá en la atención al paciente.

Pese a los progresos alcanzados por la cirugía, las operaciones innecesarias constituyen un grave problema ético, y muchas veces moral. Hacen sufrir al enfermo, le causan dolor, lo exponen a complicaciones, dañan y deterioran su patrimonio, pueden ocasionarle invalidez y, a veces, hasta le llega a costar la vida. La profesión de cirujano se guía por su compromiso ético y moral de evitar el daño al paciente, mejorar su salud y alargar su esperanza de vida.

Referencias

1. **Cardenal L.** Diccionario terminológico de ciencias médicas. Salvat 1959.
2. **Park RE, Fink A, Brook RH, Chassin MR, et al.** Physician rating of appropriate indication for six medical and surgical procedures. Am J. Public Health 1986;76:766-772.
3. Comunicación personal del patólogo del Comité de Tejidos de un hospital privado de Distrito Federal, cuyo nombre se omite a solicitud del informante. Julio 1999.
4. **Gruenberg JJ.** The changing face of the cholecistectomy. Am Surg 1988;64:64:3-647.
5. **Bunker JP.** Surgical manpower: a comparison of operations and surgeons in the United States and in England and Wales. N Engl J Med 1970;282:135-144.
6. **McCarthy EG, Widmer GW.** Effects of screening by consultants on recommended elective surgical procedures. N Engl J Med 1974;291:1331-5.
7. US Congress, House Subcommittee on Oversight and Investigation. Cost and quality of health care: unnecessary surgery. Washington DC: USGPO. 1976.
8. **Flexner A.** Medical Education in the United States and Canada. The Carnegie Foundation for the advancement of teaching. Bull. Number Four. New York, 1910.
9. **Lembcke PA.** Evolution of the medical audit. JAMA 1967;199:234-50.
10. **Lembcke PA.** Measuring the quality of medical care through vital statistics based on hospital services areas. Comparative study of appendectomy rates. Am J Public Health 1952;42:276-286.
11. **Doyle JC.** Unnecessary hysterectomies. Study of 6248 operations in thirty five hospitals during 1948. JAMA 1952;151:360-366.
12. **Winert HV Brill R.** Effectiveness of a hospital tissue committee in raising surgical standards. JAMA 1952;150:992-996.
13. **Rutkow IM, Zuidema GD.** Unnecessary surgery An update. Surgery 1978;84:67-678.
14. **Peebles RJ.** Second opinions and cost-effectiveness. The questions continue Am Coll Surg Bull 1991;76:18-25.
15. **Emmerson R, Creedon JJ.** Unjustified surgery dilemma: second opinion versus preset criteria. NY State J Med 1977;77:779-785.
16. **Stroman DF.** Unnecessary surgery. New York: Kennikat; 1979.
17. **LoGerfo JP.** Organizational and financial influences on patterns of surgical care. Surg Clin N Amer 1982;62:677-684.
18. **Bolande RP.** Ritualistic surgery. Circumcision and tonsilectomy. N Engl J Med 1969;280:591-596.
19. **Freeman R.** Intrapartum fetal monitoring. A disappointing story. N Engl J Med 1990;322:624-626.