

Las cirugías innecesarias: un problema ético y moral

VICENTE GUARNER

Lo innecesario en la vida humana es aquello que resulta superfluo, que no hace falta, algo que se lleva a efecto y de lo que definitivamente se habría podido prescindir. La cirugía es la rama de la medicina que cura las enfermedades o secuelas de accidentes mediante procedimientos manuales operatorios¹ que, en esencia, además de útiles son obligadamente necesarios.

Todo acto operatorio implica una agresión dolorosa para el paciente y las más de las veces resulta, asimismo, cruento, por lo que sólo debe llevarse a efecto cuando ello es ineludible: cuando ningún otro procedimiento curativo alcanzaría el mismo grado de eficacia. Así, toda intervención quirúrgica debe tener justificación y, por consiguiente, ser imprescindible, pues de otro modo se caracterizará por lo opuesto, es decir ser innecesaria.

La comisión conocida como Health Services Utilization Study² (HSUS, Estudio de la Utilización de los Servicios de Salud) considera necesaria una intervención quirúrgica cuando los beneficios que se obtienen con ella: incremento en la esperanza de vida, alivio del dolor y mejoría en la capacidad funcional, exceden las consecuencias negativas de la misma: los riesgos de morbilidad y mortalidad, la ansiedad que precede a la llegada al quirófano, el dolor ocasionado por la intervención y el tiempo laboral perdido; además, que los inconvenientes sean ampliamente compensados por los beneficios.

Las consideraciones anteriores reúnen dos componentes. Primero establecen que la justificación de toda inter-

vención es su carácter benéfico. Luego, al señalar que éste debe imponerse con toda claridad a los inconvenientes, determinan que el rasgo fundamental de toda cirugía es precisamente su utilidad.

¿Qué duda cabe de que la cirugía contemporánea ha alcanzado un gran desarrollo tecnológico? La medicina, con sus actuales recursos de laboratorio y gabinete, apunta hacia una absoluta definición diagnóstica. Hoy, mucho más que hace apenas 25 años, el paciente que va a ser operado llega al quirófano no sólo con un diagnóstico preciso, sino además hasta con el señalamiento del grado de avance de su enfermedad. Tal es el caso del enfermo aquejado por un tumor canceroso, el cual, gracias a la tecnología actual, es sometido a una operación a la vista de una imagen previa, muy cercana a la realidad, respecto a la gravedad del tumor, es decir sobre la estadificación de su cáncer o estadio de progresión del mismo. Pese a ello, todavía hoy se llega a operar a pacientes con tumores malignos, sin que la cirugía sea capaz de ofrecerles un tratamiento ya no digamos curativo, sino ni siquiera levemente paliativo. Dicho de otra forma, con algunos enfermos de cáncer se practican operaciones que resultan absolutamente inútiles, innecesarias.

Nunca habíamos dispuesto de un procedimiento tan acertado y específico como el ecograma para estudiar la vesícula biliar y, sin embargo, en nuestros días se extirpan más órganos normales de ese tipo que antes. En efecto, la cirugía laparoscópica ha incrementado, en forma alarmante, el número de colecistectomías (extirpaciones) de vesículas que el estudio histopatológico revela después normales.

En mayo de 1998, de 44 casos de vesículas reseca-
das en un hospital privado del Distrito Federal, tres se lleva-

¹ L. Cardenal, *Diccionario terminológico de ciencias médicas*, Salvat, 1959.

² R. E. Park et al., "Physician Rating of Appropriate Indication for Six Medical and Surgical Procedures", en *Am J. Public Health*, núm. 76, 1986, pp. 766-772.

ron a efecto mediante el procedimiento convencional, en ellos los órganos presentaban un cuadro agudo y la resección de los mismos era imprescindible; en los 41 casos restantes, la operación se efectuó por vía laparoscópica y 12% de las vesículas extirpadas eran normales, debido a lo cual su ablación resultaba absolutamente innecesaria.

Un estudio británico publicado en 1967 en la revista *New England Journal of Medicine*³ puso en evidencia algo sorprendente: los cirujanos de los Estados Unidos realizaban el doble de intervenciones quirúrgicas per cápita que sus colegas del Reino Unido. Cuatro años después, un segundo análisis realizado con ese fin en la Unión Americana⁴ demostró que, en 25% de los casos, cuando se indica una intervención quirúrgica, una segunda opinión la desaconseja.

Con fundamento en tales datos, la Cámara de Representantes del Congreso de los Estados Unidos consideró conveniente formar un subcomité destinado a estudiar el problema de las operaciones innecesarias. A fines de 1974, ese organismo concluyó, con base en estudios retrospectivos de intervenciones realizadas ese mismo año, que 2.4 millones de cirugías, es decir 17.6% del total de intervenciones quirúrgicas anuales practicadas en aquella nación resultaban innecesarias, lo que representaba un costo de 3 900 millones de dólares anuales.⁵ Como resultado de este grave problema, se impulsó precisamente el programa La Segunda Opinión, a cargo de los Departamentos de Salud y de Educación del gobierno estadounidense y por las compañías de seguros.

Como podemos darnos cuenta, en el país vecino la problemática de la cirugía innecesaria se enfocó, desde los años setentas, en el rubro de la economía y los costos, sin considerar la parte humana de su contenido: morbilidad y mortalidad, dolor y sufrimiento y, además, muchas veces, hasta la pérdida de la vida del paciente, lo cual representa un fenómeno mucho más grave, de enormes consecuencias éticas. En otras palabras, el problema se examinó desde la perspectiva del inefable sentido económico estadounidense, preocupado más por gastos innecesarios que por daños iatrogénicos.

³ J. P. Bunker, "Surgical Manpower: A Comparison of Operations and Surgeons in the United States and in England and Wales", en *N. Engl J Med*, núm. 282, 1970, pp. 135-144.

⁴ E. G. McCarthy y G. W. Widmer, "Effects of Screening by Consultants on Recommended Elective Surgical Procedures", en *N. Engl J Med*, núm. 291, 1974, pp. 1331-1335.

⁵ US Congress, *House Subcommittee on Oversight and Investigation. Cost and Quality of Health Care: Unnecessary Surgery*, USGPO, Washington, D. C., 1976.

Analizar la cirugía innecesaria como una forma de daño iatrogénico presupone que la cirugía en sí, como procedimiento invasor, es, de facto, un daño a la persona. Desde el punto de vista filosófico, frente a riesgos tales como infecciones nosocomiales, efectos anestésicos adversos, complicaciones, etcétera, tal daño se justifica por ser imprescindible para el paciente. Cuando una intervención es innecesaria, dicha justificación se desvanece del todo.

Como en cualquier fenómeno de la existencia humana, la cirugía innecesaria tiene un pasado, es decir una historia. En 1910, Abraham Flexner, un distinguido investigador y profesor, 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 la especialidad. Curiosamente, Flexner denunciaba en su artículo —ya desde entonces— la ambición de procurarse pacientes potencialmente sujetos a intervención quirúrgica, lo cual derivaba en elevación de los honorarios y en incremento de cirugías superfluas.⁶

Como respuesta inmediata, el American College of Surgeons (ACS) propuso instituir reformas en la práctica de la cirugía y mejorar la calidad de la atención hospitalaria.⁷ Gracias al tratamiento de víctimas de acciones bélicas en la segunda Guerra Mundial, se obtuvieron valiosas experiencias que luego se aplicaron a los hospitales civiles entre 1945 y 1950, y ello contribuyó en forma notoria al desarrollo de la medicina estadounidense.

En 1950 se crearon los primeros Comités de Tejidos⁸ y se propuso, por añadidura, llevar a efecto auditorías privadas con la finalidad de determinar la morbilidad y mortalidad de las intervenciones quirúrgicas practicadas por cada cirujano.

Desde el comienzo se advirtieron, a simple vista, varios hechos. En ginecología, por ejemplo, se encontró que 36% de los ovarios extirpados por rutina eran normales y que se practicaban abundantes histerectomías sin un criterio explícito que las justificara.⁹

⁶ A. Flexner, "Medical Education in the United States and Canada. The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching", en *Bull.*, núm. 4, New York, 1910.

⁷ P. A. Lembcke, "Evolution of the Medical Audit", en *JAMA*, núm. 199, 1967, pp. 234-250.

⁸ P. A. Lembcke, "Measuring the Quality of Medical Care through Vital Statistics Based on Hospital Services Areas. Comparative Study of Appendectomy Rates", en *Am J. Pub Health*, núm. 42, 1952, pp. 276-286.

⁹ J. C. Doyle, "Unnecessary Hysterectomies. Study of 6248 Operations in Thirty Five Hospitals During 1948", en *JAMA*, núm. 151, 1952, pp. 360-366.

Por la misma fecha, estudios realizados respecto a amigdalectomías y adenoidectomías demostraron que 50% de los casos eran de pacientes menores de 10 años a quienes se había intervenido sin que obtuvieran beneficios demostrables.

El grupo RAND de la comisión HSUS puso de manifiesto el empleo inapropiado de tres procedimientos en 13 zonas geográficas distintas de los Estados Unidos. Del total de angiografías coronarias, 1 677 casos —17%— resultaban innecesarios, así como 17% de las endoscopías gastrointestinales y 32% de las endarterectomías carotídeas.



Muy pronto, los Comités de Tejidos justificaron su intervención en la práctica hospitalaria. En 1952, en el *Journal of the American Medical Association* (JAMA), Winert y Brill informaron que el número de apéndices sanos extirpados se había reducido a 15% a los dos años de formado el primer comité en un hospital tomado al azar.¹⁰ En 1958, la cantidad de apéndices normales que llegaban a patología declinó considerablemente, según un informe publicado

en la revista *Surgery* por Rutkow y Zuidema, logro atribuible a la generalización de dichos comités.¹¹

No obstante, todavía en nuestro momento, en un hospital privado de prestigio de la Ciudad de México (y podría escogerse cualquier otro como ejemplo), 9% de los apéndices operados por vía convencional resultan sanos, lo mismo en el caso de 30% de los intervenidos por vía laparoscópica y enviados al laboratorio de patología.

Ahora bien, los Comités de Tejidos consideran que todo órgano normal que llega al examen microscópico proviene de una intervención quirúrgica innecesaria. Ello resulta asimismo inexacto. A escasos meses de fundados esos organismos, se encontró que no constituyen un medio infalible para identificar las cirugías superfluas. Un sinnúmero de factores entra en juego en el momento de cualquier operación y cada uno debe analizarse por separado, pues en ocasiones el cirujano puede verse en la necesidad de intervenir y extirpar un apéndice sano, en función de los datos clínicos, para otorgarle al paciente el beneficio de la duda. En otras, se extirpa un apéndice con fines profilácticos, en el curso de una operación electiva. En una laparoscopia diagnóstica, el cirujano puede, por la misma razón, llevar a cabo la resección del apéndice como procedimiento preventivo.

De este tipo de consideraciones se infirió que la valoración patológica constituía una referencia incompleta para hablar de una operación innecesaria. Por otra parte, no todas las intervenciones calificadas como superfluas cuentan con piezas de patología como prueba de juicio. Tal es el caso de las cesáreas.

En los Estados Unidos, las compañías aseguradoras, principalmente Blue Cross y Blue Shield, despejaron entonces la necesidad del programa llamado La Segunda Opinión. Dos estudios fueron decisivos para ello: el de Bunker, que demostró, desde el punto de vista de las compañías de seguros, que los médicos estadounidenses practicaban el doble de cirugías que las efectuadas por sus colegas de la Gran Bretaña,¹² y el de McCarthy y Widmer,¹³ primer análisis acerca de la llamada segunda opinión, según el cual la proporción de casos no confirmados por ella era de 16.4% en cirugía general, de 31.4% en ginecología, de 40.3% en ortopedia y de 16.3% en otorrinolaringología: un prome-

¹¹ I. M. Rutkow y G. D. Zuidema, "Unnecessary Surgery. An Update", en *Surgery*, núm. 84, 1978, pp. 671-678.

¹² Bunker, *op. cit.*

¹³ McCarthy y Widmer, *op. cit.*

¹⁰ H. V. Winert y R. Brill, "Effectiveness of a Hospital Tissue Committee in Raising Surgical Standards", en *JAMA*, núm. 150, 1952, pp. 992-996.

dio de 24% de la suma de operaciones no se habían confirmado.

Hacia el final de los cincuentas, el Colegio Americano de Cirujanos definió como cirugía injustificada o innecesaria aquella que no se encuentre respaldada por un razonamiento clínico fundado en la enfermedad que aqueja al enfermo.

En 1974, según Moss, 17% —o sea cerca de dos millones y medio— de operaciones realizadas en los Estados Unidos resultaban absolutamente inútiles e implicaban un costo cercano a los cuatro mil millones de dólares. Por ello, desde 1988, las compañías de seguros han impuesto restricciones a los casos en que no se cuenta 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, un parecer posterior al primero no aporta un fundamento esencial para juzgar innecesaria una operación.¹⁵

De 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. Ante un cuadro clínico poco definido, practica la extirpación del apéndice, otorgándole al enfermo el beneficio de la duda, y el órgano separado resulta normal. El Comité de Tejidos es incapaz de establecer una diferencia de juicio entre ambos problemas y sólo la valoración clínica será la que permita dictaminar. No obstante, cabe preguntarse: ¿el Comité de Tejidos es un organismo de escasa utilidad ante estos ejemplos? No. Son precisamente los comités los que guardan en sus archivos los *dossiers* de esos cirujanos que baten verdaderos récords en la extirpación de apéndices, matrices, vesículas y hasta estómagos e intestinos absolutamente sanos.

También surge otra interrogante: ¿acaso los hospitales sancionan siempre al cirujano que incurre en esa falta? Definitivamente deberían hacerlo, aunque desafortunadamente no ocurre así. Ello se debe a intereses creados. El que extirpa órganos sanos, tanto como el que solicita estudios innecesarios, representa una ventaja económica inmediata para el hospital: una fuente de ingresos, aun-



que a la larga el beneficio se torna en perjuicio porque, de una u otra forma, ello repercute en el prestigio de la institución.

En los años setentas, el American College of Surgeons (ACS) y la American Medical Association (AMA) propusieron una definición de lo que puede considerarse una operación innecesaria:¹⁶

1. La que se indica en un padecimiento al que corresponden escasos síntomas, sin patología demostrada y que no pone en peligro la vida del paciente.
2. Aquella en la que no se obtengan tejidos y que la clínica no justifique.
3. La que sea motivo de discusión y de divergencias de opiniones entre expertos.
4. La destinada a aliviar síntomas perfectamente tolerables.

¹⁴ R. J. Peebles, "Second Opinions and Cost-effectiveness. The Questions Continue", en *Am Coll Surg Bull.*, núm. 76, 1991, pp. 18-25.

¹⁵ R. Emmerson y J. J. Creedon, "Unjustified Surgery Dilemma: Second Opinion Versus Preset Criteria", en *NY State J Med*, núm. 77, 1977, pp. 779-785.

¹⁶ D. F. Stroman, "Unnecessary Surgery", en *New York Kennikat*, 1979.

5. La que ha perdido actualidad y resulta obsoleta o se ha desacreditado.

6. La que carece de sólida justificación clínica y sólo acarrea beneficio personal al médico.

Varios de estos puntos resultan definiciones con grandes variantes que difícilmente se prestan a la generalización.

Ahora, para terminar, cabe cuestionarse: ¿por qué si en nuestra época se ha logrado un enorme desarrollo tecnológico de la medicina se efectúan todavía operaciones innecesarias? Aquello que en sus comienzos fue producto casi exclusivamente de la ignorancia es hoy un problema complejo donde confluyen muchos factores:

1. *Incentivos financieros.* Es ésta la idea popular que prevalece: que el médico opera 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 pecuniarios derivados del arreglo del pago por servicio impulsen al médico a un ejercicio deshonesto de su profesión. Por más que ello no siempre sea cierto, curiosamente LoGerfo demostró, en 1982, que las operaciones innecesarias se practican, en términos estadísticos, más a menudo cuando el médico ejerce de manera privada su profesión que cuando labora en un servicio institucional.¹⁷

2. *Estructura del mercado médico. Demanda y producción.* El abastecimiento de equipo de un hospital ha sido inculcado de contribuir a los abusos quirúrgicos. Claro que al respecto intervienen otros factores, como el hecho de que el hospital favorece el uso de sus recursos tecnológicos y el médico se deja seducir por ellos para practicar operaciones innecesarias.

En 1969, Bolande observó que la amigdalectomía, operación que se efectuaba repetidas veces, pese a no haber suficiente justificación científica para ello, se realizaba con mayor frecuencia en niños de un nivel social alto que de la clase media. Tal hecho indujo a ese autor a divulgar ampliamente la idea de que hay una relación entre tonsilectomía y *status* social.¹⁸

En otro orden, las operaciones rituales como la circuncisión han llegado a considerarse intervenciones innecesarias, aunque indudablemente resultan difíciles de juzgar,

puesto que se vinculan con ciertas demandas culturales de la sociedad.

3. *La cirugía defensiva.* Este rubro no es, por fortuna, propio de muchos países. Si bien no se justifica suficientemente, en los Estados Unidos se practica porque el personal de salud se ve en la necesidad de protegerse ante el riesgo de demandas legales. Evitar el riesgo de una demanda es un imperativo sobre todo en ciertas especialidades, como la cirugía obstétrica, donde para eludir las complicaciones de un parto natural se practica con alarmante frecuencia la cesárea. Esta intervención se elevó de 5.5% en 1970 a 24% en 1979.

La pretensión de reducir el riesgo incluye varias estrategias para soslayar los procesos legales. Tal es el caso del empleo del monitoreo fetal, procedimiento que, si bien se halla muy difundido, ha fallado en el intento de eliminar los peligros del parto y ha contribuido a incrementar el número de cesáreas.¹⁹

4. *Falta de fundamentos cognoscitivos en la práctica quirúrgica.* Desde los comienzos de la historia de la cirugía, una gran parte de las operaciones innecesarias han sido propiciadas por la falta de conocimientos o errores del cirujano. Otras son genuinamente producto de la inexperiencia. Muchas veces el cirujano se adelanta a la indicación quirúrgica sin haber estudiado de modo apropiado 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 desde luego generan malos resultados a largo plazo. Finalmente, el cirujano se equivoca. Todos los cirujanos nos hemos equivocado. Todos hemos efectuado extirpaciones de apéndices sanos alguna vez; pero aquel que de cada cinco apendicectomías sólo encuentra una apendicitis merece, la primera vez, una llamada de atención del Comité de Tejidos y, la segunda, una sanción. O carece de experiencia o es amoral.

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 llegan a costarle la vida. La profesión de cirujano se guía por su compromiso ético y moral. ♦

¹⁷ J. P. LoGerfo, "Organizational and Financial Influences on Patterns of Surgical Care", en *Surg Clin N Am*, núm. 62, 1982, pp. 677-684.

¹⁸ R. P. Bolande, "Ritualistic Surgery. Circumcision and Tonsilectomy", en *N. Engl J Med*, núm. 280, 1969, pp. 591-596.

¹⁹ R. Freeman, "Intrapartum Fetal Monitoring. A Disappointing Story", en *N. Engl J Med*, núm. 322, 1990, pp. 624-626.