

Riesgo quirúrgico – dispraxis, la ética y la ley

José Alberto Campos Campos

0. Introducción

El concepto 'riesgo' puede ser ambiguo. Las diferencias entre percepción de riesgo y cálculo de riesgo (probabilístico) hacen difícil la relación entre médicos e instituciones de salud, empresas prestadoras de servicios, la industria de los seguros (calculadoras de riesgos) y el sistema jurídico.¹

Mientras que los diferentes índices de riesgo quirúrgico permiten estratificar a los pacientes, sólo entre un 10% y un 25% de la atención en salud se basa en evidencia.² Entre el 75 y el 90% de las veces los médicos deciden sobre otras bases.

El metaanálisis no es la opción más económica en casos de decisiones urgentes. Para procesar la información con menor esfuerzo y tomar una decisión, la gente tiende a extraer sólo la esencia de la información.³ Es interesante la aversión humana a daños que, aún si son significativos, tienen poca probabilidad de ocurrir; a la hora de hacer un juicio la atención se torna selectiva y puede ser desviada en un sentido o en otro.⁴ De ese modo, el cirujano, cuando tiene que tomar decisiones con los datos de que dispone en tiempo real en el mundo real, donde los fenómenos son aleatorios y contingentes, puede violar requerimientos de coherencia y consistencia lógica.

La mayor parte de las decisiones de los cirujanos se basa en su experiencia, a pesar de que el estatuto de experto frente a cómo evaluar la evidencia es considerado inadecuado de acuerdo con los criterios de grados de recomendación. Su opinión de experto, se dice, es la menos confiable.⁵ De tal suerte, es necesario abordar el problema desde una perspectiva diferente.

En este trabajo trataré [1] la percepción de riesgo y las heurísticas, [2] el riesgo, el miedo y el error, [3] el miedo del paciente vs el miedo del cirujano, [4] la dispraxis, [5] la relación entre dispraxis y ética y [6] terminaré con algunas consideraciones sobre riesgo quirúrgico, la dispraxis, la ética y la ley.

1. Percepción de riesgo y heurísticas

Es importante hacer una distinción entre cálculo de riesgo, una herramienta tecnológica de evaluación, y los juicios intuitivos de la mayoría de las personas, denominados 'per-

cepciones de riesgo', que suelen venir de su entorno social o de los medios, más que de fuentes documentadas a fondo.⁶

La percepción de riesgo depende del miedo y éste depende de una estimación del peligro, aunque las cadenas causales de los fenómenos puedan no sernos claras. Esto quiere decir que a falta de conocimiento estadístico estimamos mejor los riesgos en los que podemos pensar fácilmente, en detrimento de riesgos reales en los que no pensamos.

Las heurísticas son procesos cognitivos con un grado intermedio de generalidad, que producen operaciones de juicio mediante representaciones mentales construidas con base en la experiencia del sujeto, no en modelos racionales.⁷ Cuando los pacientes se encuentran frente a la perspectiva de aceptar o no un tratamiento o frente a decisiones alternativas y no tienen experiencia, prefieren tomar decisiones con base en factores emotivos o más comprensibles, como el costo o los efectos secundarios del tratamiento.⁸

La evaluación que los pacientes hacen del riesgo se basa en estimaciones subjetivas sobre la probabilidad de eventos inciertos y esas percepciones pueden conducir a errores sistemáticos y serios.⁹ No obstante los errores, las heurísticas son conductas persistentes porque es difícil reconstruir procesos a partir de estados de cosas y analizarlos *in abstracto*, por probabilidad; es más fácil construir imágenes y agrupar eventos por esas representaciones mentales.

2. Riesgo, miedo y error

Para entender el mundo tenemos que mantener un proceso intelectual constante.¹⁰ El temor de lo desconocido es un componente natural e imperativo de la mente humana, porque no podemos decidir ni actuar eficientemente en un entorno que no entendemos. Por ejemplo, en el ámbito de la ciencia, los investigadores evitan hacer inferencias sin datos observables, pero a veces, para continuar el proceso de investigación frente a una aporia, tienen que asumir el riesgo de tomar una mala decisión.¹¹

Entre los cirujanos se da una tensión parecida en el momento de la decisión quirúrgica. Pero al contrario de un

científico, el cirujano suele tener tiempos cortos, y mientras que el investigador puede suspender el juicio hasta tener más observaciones o una mejor hipótesis, el cirujano no siempre puede hacerlo. No podemos permanecer paralizados en la indecisión, pues el no adoptar conductas adaptativas produce consecuencias serias.¹² El riesgo que asumen los cirujanos incrementa con la inmediatez a que obliga el procedimiento. Cada nuevo ensayo y error dependen de la tolerancia del cirujano al riesgo y del miedo al nuevo error, pues tiene que tomar intuitivamente una decisión de riesgo para evitar un riesgo mayor. Aquí es importante resaltar el papel de las disposiciones mentales no conscientes, ya que otros factores como las emociones y la experiencia afectan la memoria de trabajo.¹³

Estos factores también afectan al cirujano. Las primas de seguros contra mala praxis han aumentado críticamente en los EE. UU. por los costos monetarios y emocionales, de tal manera que médicos y cirujanos prefieren no ejercer especialidades de alto riesgo, como urgencias, obstetricia, cirugía, y traumatología. Hay pocos datos que sostengan o nieguen tal percepción de riesgo, parecería tratarse de una percepción contingente.¹⁴ Tampoco es fácil identificar una relación causal entre un sistema judicial y la reducción de eventos adversos.¹⁵ De acuerdo con la Asociación Médica Americana los médicos tienen cada vez más dificultades para conseguir precios accesibles de pólizas contra responsabilidad profesional.¹⁶ Esto traduciría una percepción cruzada de riesgo tanto entre médicos y compañías aseguradoras (que elevan las primas) como entre los mismos médicos (que deciden no ejercer algunas especialidades o no proveer cierto tipo de atención).

3. El miedo del paciente vs el miedo del cirujano

En términos generales, el riesgo que nosotros elegimos parece menos grave que el que nos elige otro. Podemos pensar el miedo del paciente de sufrir daño y morir contra el miedo de fallar del cirujano; el miedo del paciente a no tener control de su enfermedad contra el miedo del cirujano de perder ese control, lo que en buena medida explica su renuencia al consenso y a la toma de decisiones compartida. La relación costo/beneficio es el principal factor que determina mayor o menor miedo a una amenaza. Afecta tanto al paciente como al cirujano. En el acto quirúrgico el paciente tiene más en juego que el cirujano, y se da entonces una tensión entre la confianza en el profesional a cargo y la desconfianza en las complicaciones del procedimiento. Se da también un intercambio de miedos potenciado por experiencias anecdóticas del entorno social y los medios.

4. Dispraxis

En el artículo sobre vulnerabilidad en este mismo número, se define el término 'dispraxis' como un conjunto de prácticas anómalas en sistemas complejos, que son auto organizativas y tienden a perpetuarse. Las violaciones a la consistencia lógica por causas humanas en las relaciones entre diferentes sistemas (p. ejem. el quirófano y los sistemas que se le relacionan) pueden actuar en combinación; sus efectos pueden sumarse y potenciar la magnitud de la dispraxis.

Hay evidencia de que tampoco los expertos son inmunes a las ilusiones cognitivas y que hacen medicina basada en intuiciones.¹⁷ Es frecuente que hagan una inferencia a la mejor explicación; esta es una forma de razonamiento inductivo de sentido común para justificar la elección entre hipótesis, que sostiene que si una de ellas explica bien un número amplio de fenómenos, de ahí puede concluirse que es verdadera.¹⁸

Pero no es siempre el caso. También razonamos por generalizaciones llamadas *ceteris paribus*, que se hacen por composición de causas, y hacemos inferencias sobre regularidades. Sin embargo, es importante tener en mente que esas regularidades son contingentes, es decir, pueden darse en presencia o ausencia de ciertas condiciones.¹⁹ Puesto que las percepciones subjetivas del riesgo, de los pros y contras, están fuera de nuestra percepción consciente,¹³ un cambio en la forma de la representación mental del problema hace parecer que lo contingente no es grave.²⁰

Las enfermedades son procesos estocásticos (cuya evolución en el tiempo es aleatoria), son entonces muchos los eventos adversos y las situaciones potenciales de dispraxis a las que se enfrenta el cirujano. En tiempo real es difícil que sean conscientes de que los cambios en sus representaciones mentales afectan sus decisiones.

Los eventos dispráxicos en los actos quirúrgicos pueden aumentar la morbilidad y la mortalidad, generar conflictos, incrementar el número de reclamaciones médicas y demandas y elevar innecesariamente los gastos. Ni los mecanismos de revisión por pares ni los sistemas de indemnización económica han sido exitosos para cambiar políticas dispráxicas de prestación de servicios quirúrgicos. La mayor parte de las causas que contribuyen a los efectos adversos no se detecta porque los eventos adversos son fallas intersistémicas o interdisciplinarias.

5. Dispraxis y ética

Aunque parte de otro trabajo, es importante explicar las dispraxias porque pueden generar problemas éticos. Por ejemplo, si un cirujano no busca más evidencia que la mínima necesaria para actuar o dejar de actuar, estima que con eso es suficiente y es consciente de ello, no tiene una conducta quirúrgicamente correcta sino una práctica que no es ética.

Para dar otro ejemplo, en el caso de la colecistectomía laparoscópica los reportes indican entre 2 y 15 veces más lesiones del conducto biliar inherentes a la técnica *per se*, comparadas con la cirugía abierta, que además resultaron en litigios.²¹⁻²³ Y con todo, se considera el estándar de oro. Cada caso particular está entre la dispraxis y la ética; no todos los cirujanos evalúan su estadística propia para cada procedimiento, y muchos confían sólo en su experiencia intuitiva.

A la hora del juicio las personas se esfuerzan por una consistencia interna entre sus creencias y nuevos datos, con heurísticas y sesgos propios. La manipulación de las representaciones mentales y la adopción de un marco u otro son actos morales de los que derivan responsabilidades.

6. Algunas conclusiones – riesgo quirúrgico, dispraxis, la ética y la ley

Cuando se requiere establecer estándares científicos de evidencia es necesario aceptar que tanto el riesgo como los constreñimientos no racionales son inherentes a los procesos de evaluación. Los estándares de la cirugía basada en evidencia son análogos a los estándares científicos, pero hay que tener en cuenta un riesgo mayor dada la inmediatez de algunas decisiones bajo incertidumbre, que implican morbilidad y mortalidad.

En el cálculo de riesgo quirúrgico es preciso considerar que la invasividad (aun la mínima necesaria como acceso al cuerpo) implica una lesión que puede causar perturbación de la función, incapacidad total o permanente y terminar en la muerte.

Vimos que en el contexto quirúrgico hay potencial de dispraxis en la intersección de sistemas, con efectos secundarios indeseables de tantos tipos y en tantos sitios como disciplinas intervengan. Las dispraxis implican problemas morales, pero no todas ellas son no éticas *per se*; por el contrario, un problema moral supone una dispraxis subyacente.

Un último comentario sobre los diferentes modos de pensamiento del cirujano: no hay uno que sea *el* bueno. El cirujano requiere de varios mecanismos para tomar decisiones y manejar el riesgo quirúrgico bajo incertidumbre en un entorno que no siempre es claro. Necesita habilidades adaptativas, experiencia e intuición para concentrarse en datos útiles sin perder tiempo ni energía mental en un modelo teleológico causa-efecto. Los análisis estadísticos que pueden funcionar en situaciones estables pueden no hacerlo en situaciones complejas o ambiguas, en las que nada sustituye la experiencia; pero el cirujano sí necesita hacer consciente que se mueve en situaciones que requieren varios modos de procesar la información para tomar las decisiones *correctas* para cada caso.

Finalmente, los cirujanos no trabajamos aislados, sino en un ambiente prone a la dispraxis y además dentro de un sistema jurídico, el Estado. Un problema no menor consiste en juzgar la responsabilidad de un agente en un entorno dispráxico y si éste es capaz de discernir las dispraxis, contender con ellas y actuar en consecuencia.

El paso siguiente sería correlacionar esa responsabilidad con un sistema jurídico que pueda, además, ser transdisciplinario, acortar la brecha entre el conocimiento de los problemas y la normatividad. Ese es otro tipo de empresa, diferente del objeto de este trabajo.

Referencias

1. Morris JA, et al. Surgical adverse events, risk management, and malpractice outcome: Morbidity and mortality review is not enough. *Ann Surg* 2003; 237: 844.
2. Goodman KW. Ethics and evidence-based medicine - fallibility and responsibility in clinical science. Cambridge, Cambridge University Press, 2003: 6.
3. Brainerd CJ, Reyna VF. Gist is the grist: Fuzzy-trace theory and the new intuitionism. *Developmental Review* 1990; 10: 3-47, p. 8.
4. Kahneman D, Tversky A. Prospect theory: An analysis of decision under risk. *Econometrica* 1979; 47: 263-292.
5. Primo J. Niveles de evidencia y grados de recomendación (I/ II). *Enfermedad Inflamatoria Intestinal al día*. 2003; 2: 39-42.
6. Slovic P. Perception of risk. *Science* 1987; 236: 280-285.
7. Kahneman D. Judgment and decision making: A Personal view. *Psychological Science* 1991; 2: 142-145.
8. Gyrd-Hansen, D et al. Joint and separate evaluation of risk reduction: Impact on sensitivity to risk reduction magnitude in the context of 4 different risk information formats. *Med Decis Making* 2011; 31: E1-E10.
9. Tversky A, Kahneman D. Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *Science* 1974; 185: 1124-1131.
10. Rescher N. Epistemology: an introduction to the theory of knowledge. Albany, Nueva York, State University of New York Press, 2003.
11. Parascandola M. *Epistemic risk: Empirical science and the fear of being wrong*. Law, probability and risk 2010; 9: 201-214.
12. Rescher N. Choice without preference: A Study on the history and of the logic of 'Buridan's Ass'. *Essays in philosophical analysis*, Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, 1969: 111-157.
13. Reyna VF. Theories of medical decision making and health: An evidence-based approach. *Med Decis Making* 2008; 28: 829-833.
14. Stewart RM, et al. Trauma surgery malpractice risk. *Perception versus reality*. *Ann Surg* 2005; 241: 969-977.
15. Morris JA, et al. Surgical adverse events, risk management, and malpractice outcome: Morbidity and mortality review is not enough. *Ann Surg* 2003; 237: 844-852.
16. Mello MM. The New medical malpractice crisis. *N Engl J Med* 2003; 348: 2281-2284.
17. Kahneman D. Judgment and decision making: A personal view. *Psychological Science* 1991; 2: 142-145.
18. Lipton P. *Inference to the best explanation*. (2a. ed.) Nueva York, Routledge, 2004.
19. Mitchell SD. Ceteris Paribus – An inadequate representation for biological contingency. *Erkenntnis* 2002; 57: 329-350.
20. Tversky A, Kahneman D. The framing of decisions and the psychology of choice. *Science* 1981; 211: 453-458.
21. Bernard HR, Hartman TW. Complications after laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1993; (165) 533-5.
22. Carroll BJ, Birth M, Phillips EH. Common bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy that result in litigation. *Surg Endosc* 1998; 12: 310-3.
23. Gouma DJ, Go PM. Bile duct injury during laparoscopic and conventional cholecystectomy. *J Am Coll Surg* 1994; 178: 229-33.