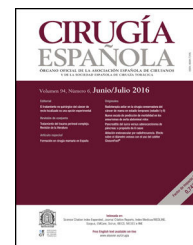




# CIRUGÍA ESPAÑOLA

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## Editorial

### La cirugía innecesaria

### Unnecessary surgery



«Es simplemente anticientífico alegar o creer que los médicos, en las circunstancias actuales, no realizan operaciones innecesarias y fabrican y prolongan enfermedades lucrativas»

GB Shaw

Prefacio acerca de los médicos. «El dilema del doctor»  
Editorial Sudamericana, Buenos Aires, 1956, pág. 10

La proliferación de procedimientos quirúrgicos con resultados discutibles y sin la plena conformidad de los pacientes, el incremento de los reclamos judiciales por presunta mala praxis médica, sustentados en una débil indicación quirúrgica y el de los costos en la atención de la salud, han puesto sobre el tapete las implicancias y las consecuencias de la cirugía innecesaria.

Si bien el tema parece actual, William Stokes, expresidente del Royal College of Surgeons of Ireland, destacó en 1894 conceptos de Ética en Cirugía, con relación a operaciones poco propicias en el manejo de enfermedades oncológicas, con resultados dudosos<sup>1</sup>.

En 1908, Ernest Groves, cirujano británico, promovió el registro de las intervenciones quirúrgicas para poder conocer el número de procedimientos realizados y sus resultados<sup>2</sup>, mientras que en EE. UU., Wetherill estimuló la eficiencia hospitalaria, la difusión de la Ética y la exclusión de los ineptos e incompetentes de la práctica diaria<sup>3</sup>. Todos estos conceptos fueron resumidos por Ernest Codman, quien resaltó la importancia de la fijación de estándares, así como la información de los resultados<sup>4</sup>. Haggard publicó en 1922 un editorial titulado «La operación innecesaria»<sup>5</sup>. La amenaza que representaba la cirugía innecesaria también fue puesta de manifiesto por Paul Hawley, director del American College of Surgeons, cuando opinó que «el público entraría en shock si supiera la cantidad de cirugía innecesaria practicada»<sup>6</sup>. Una muy reciente nota en el *New York Times* volvió a poner el foco

en este problema de magnitud<sup>7</sup>, de idéntica manera que otra publicada en la revista *Forbes*<sup>8</sup>.

Para muchos es una entidad mal definida, pero Leape y Pauly contribuyeron a su conceptualización. Se considera cirugía innecesaria aquella que es inútil e ineficaz. El juicio subjetivo del enfermo no permite la cuantificación ni la monitorización para su evaluación. Una cirugía innecesaria es aquella que no beneficia al paciente; o que conlleva beneficios tan mínimos que están ampliamente superados por los costos en términos de riesgos, morbilidad, discapacidad y dolor<sup>9,10</sup>. La cirugía innecesaria no basa su calificación en resultados ni en eventuales complicaciones postoperatorias, sino debe ser definida a punto del análisis de su indicación basada en la evidencia y luego de una decisión informada del enfermo, quien presta su consentimiento.

El interés en este tema se funda en que representa un quiebre a los principios éticos de la relación enfermo-cirujano, en los que prima el propio interés sobre el altruismo. Bevan destacó que los 2 problemas más serios que enfrenta la cirugía son la cirugía innecesaria y la realización de un procedimiento por un cirujano incompetente<sup>11</sup>. La cirugía innecesaria no basa su calificación en resultados, dado que las complicaciones son inherentes a cualquier procedimiento quirúrgico, considerando que la tasa de complicaciones postoperatorias, a nivel global, puede llegar hasta un 25%<sup>12</sup>.

Crile distinguió entre intervenciones apropiadas e inapropiadas, pudiendo estas últimas clasificarse en: a) operaciones inapropiadas para la enfermedad, b) operaciones inapropiadas para un determinado enfermo y c) operaciones apropiadas para la enfermedad y el enfermo, pero efectuadas por un cirujano que no está adecuadamente entrenado para practicarlas<sup>13</sup>. En 1974, ante el Congreso de EE. UU., McCarthy y Wicimer presentaron los resultados del Primer Programa de Segunda Opinión, con un 17,6% de indicaciones de cirugía que no fueron avaladas o confirmadas<sup>14</sup>. Extrapolando sus hallazgos a toda la población de EE. UU. podía estimarse que había, en ese momento, unos 2,4 millones de operaciones

innecesarias realizadas anualmente, resultando en un costo aproximado 3.9 billones de dólares y unas 11.900 muertes. El Comité de Estudios de Servicios Quirúrgicos de EE. UU. (SOSSUS) definió 6 categorías de intervenciones, que *a priori* y sin previo análisis, podían ser consideradas innecesarias<sup>15</sup>:

1. Operaciones en las cuales no se extraen tejidos patológicos
2. Operaciones con indicación quirúrgica opinable
3. Operaciones para aliviar síntomas tolerables o no invalidantes
4. Operaciones para trastornos asintomáticos o no amenazantes
5. Operaciones consideradas obsoletas, desacreditadas o anticuadas
6. Operaciones con escasa o nula justificación por la clínica y/o estudios complementarios

Aclara este informe que cada categoría requiere una evaluación precisa y rigurosa de cada caso en estudio antes de juzgar el grado de necesidad de la intervención.

La literatura ha evidenciado la existencia de este tipo de práctica, y también ha demostrado la gran variación de las tasas correspondientes a determinados procedimientos quirúrgicos a nivel nacional, regional y de los distintos países. En tal sentido, varios ensayos clínicos han demostrado que la cirugía de fusión espinal para la lumbalgia no ha logrado resultados óptimos a largo plazo frente a modalidades terapéuticas menos invasivas<sup>16</sup>. La artroscopia de rodilla es una operación muy frecuente y no siempre logra los resultados perseguidos<sup>17</sup>, de idéntica manera que la meniscectomía parcial artroscópica. El estudio Fidelility, luego de comparar los resultados de la meniscectomía parcial artroscópica frente a cirugía placebo, no halló beneficios relevantes a los 12 meses de seguimiento<sup>18</sup>. Similares conclusiones reportaron Marsh et al. en Canadá<sup>19</sup>.

La realización de videocolonoscopias en pacientes fuera de los rangos de edad recomendados o a intervalos más breves que los indicados, oscila entre el 17 y el 25,7%<sup>20</sup>. El estudio Ischemia, con el apoyo del Instituto Nacional del Corazón, Pulmón y Sangre de los EE. UU. demostró que el tratamiento invasivo no disminuye la mortalidad a los 4 años en la enfermedad coronaria<sup>21</sup>. Entre los años 2007 y 2015, la proporción de cardioversores/desfibriladores implantables que no reunían los criterios de cobertura de Medicare (*Medicare National Coverage* [MNC]) era del 25,8%, lográndose una reducción superior al 15%, tras la intervención del Departamento de Justicia<sup>22</sup>. Flum y Koepsell llamaron la atención respecto de la incidencia de apendicectomías negativas, definidas como la exéresis no incidental de un apéndice cecal normal<sup>23</sup>. El manejo del cáncer de próstata localizado también ha sido pasible de análisis crítico, como bien lo señaló un trabajo de la Administración de Veteranos de EE. UU. con un injustificado aumento de cirugías radicales<sup>24</sup>.

Las tasas de uso y el eventual sobreuso o sobreindicación de determinados procedimientos debería ser un llamado de atención para el análisis detallado de las circunstancias subyacentes. En ese sentido la alta variación en la realización de operaciones cesáreas es un ejemplo<sup>25,26</sup>. La existencia de casos de cirugía innecesaria debe estimular el desarrollo del

consenso clínico y de la cirugía basada en la evidencia, con el último propósito de disminuir a su mínima expresión los casos de cirugía inútil. Existen múltiples motivos que pueden justificar la realización de procedimientos innecesarios, entre los que se incluyen la incertidumbre y los factores sociales, que responden en muchas oportunidades a la presión de los pacientes en obtener procedimientos de resultado dudoso; los usos y costumbres, que pueden explicar parcialmente las diferencias en las tasas de uso y los sistemas de remuneración<sup>27</sup>. En tal sentido el pago por prestación puede estimular esta práctica de idéntica manera que el sobreuso de procedimientos quirúrgicos.

Básicamente, la cirugía innecesaria reconoce 3 causas para su producción: ignorancia, juicio incorrecto o deshonestidad, que corresponderían a impericia, indiferencia o inmoralidad. De ahí surgen con claridad las implicancias éticas y médico/legales de un procedimiento que no esté avalado o justificado por la evidencia científica<sup>28</sup>. Deberá propenderse a sistemas de control, supervisión y auditoría, dentro de las instituciones y a nivel general. Las asociaciones profesionales deben abogar por políticas de transparencia y decisiones terapéuticas fundadas en la evidencia científica y en guías de buena práctica clínica, ajustadas al ámbito donde se llevan a cabo las prácticas.

De tal manera, las organizaciones deben promover una ética de la competencia, al estilo propuesto por Arnau de Vilanova (1238-1311) y Richard Cabot (1868-1939) y recordar los postulados planteados por Engelbert Dunphy en su discurso presidencial al asumir el liderazgo del *American College of Surgeons* en 1963: «Los cirujanos tienen una responsabilidad colectiva en la búsqueda del beneficio de la humanidad. La autonomía del cirujano individual es condicional, dado que la sociedad acuerda con los cirujanos que éstos actuarán para beneficio de la humanidad. De ahí la importancia de una autoridad central que asegure y vele por el cumplimiento de estándares profesionales, que representan el núcleo de la Ética en Cirugía»<sup>29</sup>.

## Financiación

El autor declara no haber recibido financiación para la realización de esta editorial.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Stokes W. *The ethics of operative surgery*. Dublin: John Falconer. 1894.
2. Groves EWH. *Surgical statistics: A plea for a uniform registration of operation results*. *Br M J*. 1908;2:1008-9.
3. Wetherill HG. *A plea for higher hospital efficiency and standardization*. *Surg Gynecol Obstet*. 1915;20:705-7.
4. Codman EA. *The products of a hospital*. *Surg Gynecol Obstet*. 1914;18:49-496.
5. Haggard WD. *The unnecessary operation*. *Surg Gynecol Obstet*. 1922;35:820-2.
6. *Unneeded operating charged to surgeons*. *The New York Times*; February 17 1953.
7. Thomas K, Silver-Greenberg J, Gebeloff R. *Operating Profit: Patients lost limbs as doctors and health care giants prospered*. *The New York Times*; July 15 2023. page 1..

8. Licholai G. Combating the growing rate of unnecessary surgery. *Forbes* [accessed 2 Aug 2023] Available from: <https://www.forbes.com/sites/greglicholai/2023/08/02/combating-the-growing-rate-of-unnecessary-surgeries/?sh=282a2732603c>
9. Leape LL. Unnecessary surgery. *Ann Rev Publ Health.* 1992;13:363-83.
10. Pauly MK. What is unnecessary surgery? *The Milbank Fund Quarterly. Health and Society.* 1979;57:95-117.
11. Bevan AD. Foreword. En: Thorek M, editor. *Surgical errors and safeguards.* Philadelphia: JB Lipincott. 1937.
12. Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, Haynes AB, Lipsitz SR, Berry WR, et al. An estimation of the global volume of surgery: A modelling strategy based on available data. *Lancet.* 2008;372:139-44.
13. Crile G. Surgeons are the best judges of surgery. *Mod. Med.,* August 1, 1976.
14. McCarthy EG, Wicimer GW. Effects of screening by consultants on recommended elective surgical procedures. *N Engl J Med.* 1974;291:1331.
15. American College of Surgeons-American Surgical Association. *The Study on Surgical Services for the United States.* Chicago. 1975.
16. Srinivas SV, Deyo RA, Berger ZD. Application of "less is more" to low back pain. *Arch Intern Med.* 2012;172:1016-20.
17. Jarvinen TL, Guyatt GH. Arthroscopic surgery for knee pain. *BMJ.* 2016;354:i3934.
18. Sihvonen R, Paavola M, Malmivaara A, Joukainen A, Nurmi H, Kalske J, et al. Arthroscopic partial meniscectomy versus sham surgery for a degenerative meniscal tear. *N Engl J Med.* 2013;369:2515-24.
19. Marsh JD, Degen R, Birmingham TB, Giffin JR, Getgood A, Litchfield R, et al. The rate of unnecessary interventions for the management of knee osteoarthritis: A population-based cohort study. *Can J Surg.* 2022;65:E114-20. <http://dx.doi.org/10.1503/cjs.002221>.
20. Fraiman J, Brownlee S, Stoto MA, Lin KW, Huffstetler ANAT. An estimate of the US rate of overuse of screening colonoscopy: A systematic review. *J Gen Intern Med.* 2022;37:1754-62.
21. Ischemia Trial Research Group: Maron DJ, Hochman JS, O'Brien SM, Reynolds HR, Boden WE, Stone GW, et al. International Study of comparative health effectiveness with medical and invasive approaches (ISCHEMIA) trial: Rational and design. *Am Heart J.* 2018;201:124-35.
22. Desai NR, Bourdillon PM, Parzynski CS, Brindis RG, Spatz ES, Masters C, et al. Association of the US Department of Justice investigation of implantable cardioverter-defibrillators and devices not meeting the Medicare National Coverage determination, 2007-2015. *JAMA.* 2018;320:63-71.
23. Flum DR, Koepsell T. The clinical and economic correlates of misdiagnosed appendicitis. *Arch Surg.* 2002;137:799-804.
24. Wilt TJ, Brawer MK, Jones KM, Barry MJ, Aronson WJ, Fox S, et al. Radical prostatectomy versus observation for localized prostate cancer. *N Engl J Med.* 2012;367:203-13.
25. Angolie CM, Max KL, Mushemba J, Mashauri H. Global increased cesarean section rates and public health implications: A call to action. *Health Sci Rep.* 2023;6:e1274. <http://dx.doi.org/10.1002/hsr2.1274>.
26. Albarqouni L. Overuse of surgical procedures in low- and middle- income countries (LMICs): A scoping review of the extent, drivers, consequences, and solutions. *BMJ Evid Based Med.* 2023;28:A31.
27. Stahel PF, VanderHeiden TF, Kim FJ. Why do surgeons continue to perform unnecessary surgery. *Patient Saf Surg.* 2017;11:1. <http://dx.doi.org/10.1186/s13037-016-0117-6>.
28. Ferreres A.R. «La cirugía innecesaria». Abril 2005. CIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires. [accessed 28 Jul 2023] Available from: <https://www.errorenmedicina.anm.edu.ar>
29. Dunphy JE. Responsibility and authority in American surgery. *Bull Am Coll Surg.* 1964;49:9-12 [accessed 30 Jul 2023] Available from: <https://www.facs.org/media/lpuptq20/dunphy1963.pdf>

Alberto R. Ferreres<sup>a,b,c,d</sup>

<sup>a</sup>Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

<sup>b</sup>Docencia e Investigación, Hospital de Clínicas «José de San Martín», Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

<sup>c</sup>Expresidente de la Academia Argentina de Cirugía

<sup>d</sup>Profesor de Ética y Cirugía, Universidad de Washington, Seattle, EE. UU.

Correo electrónico: [albertoferreres@gmail.com](mailto:albertoferreres@gmail.com)

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2023.11.001>

0009-739X/

© 2023 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.