

EDITORIAL

El Proceso de Toma de Decisiones Quirúrgicas ¿Es un arte, es una ciencia, o son ambas?

Surgical Decision-Making Process: Is It Art or Is It Science or Is It Both?

Luis I. Chiroque-Benites¹.

El proceso de toma de decisiones quirúrgicas es complejo, y los resultados óptimos requieren la integración de evidencia, inferencia y el valor de la experiencia¹.

En la actualidad; los cirujanos con las destrezas y competencias adquiridas durante su formación ofrecen atención utilizando las técnicas quirúrgicas según el estado de arte, siguiendo las guías de práctica clínica basadas en evidencia (Evidence-Based Medicine-EBM), y discutiendo casos complejos en juntas médicas multidisciplinarias para decidir cuál es el mejor tratamiento posible; y así finalmente, compartir la decisión con sus pacientes para obtener el consentimiento informado. Este consejo sobre una determinada opción de tratamiento quirúrgica se basa en la experiencia, la apreciación de la condición del paciente y la evidencia conocida sobre los efectos esperados predecibles de la intervención quirúrgica elegida².

Marshall explora las bases de la toma de decisiones quirúrgicas a través de la integración de evidencia, inferencia y experiencia. Estas tres técnicas son complementarias para adquirir conocimientos y aplicarlos a un problema clínico-quirúrgico. Los elementos del conocimiento son complejos, y también incluyen la intuición y la "obediencia". La intuición es una capacidad indefinible para predecir el resultado de un evento o decisión, y deriva de la integración de conocimientos previos y experiencia, modulada por una capacidad innata para establecer las adecuadas conexiones entre observaciones dispares, y quizás por algunos elementos menos tangibles pre-ciencia. Por otra parte, la "obediencia" a la escuela quirúrgica de cada cirujano es la acrítica e irreflexiva adopción del consejo de los maestros y predecesores. Por ejemplo, esta obediencia es típicamente expresada con aforismos tales como:

"Grandes incisiones para grandes cirujanos"², que por cierto en la actualidad se cuestiona ante un escenario de cirugía mínimamente invasiva; pero que puede proporcionar consuelo al cirujano, especialmente cuando se enfrenta a una decisión difícil en un caso inusual, pero que rara vez proporciona el conocimiento que puede ayudar a tomar una decisión quirúrgica compleja¹.

La evidencia, la inferencia y la experiencia no son ideologías que compiten entre sí, sino metodologías complementarias que sintetizan los datos empíricos (Fig. 1). La evidencia se basa en los principios de probabilidad, mientras que la inferencia se deriva de los de lógica; La evidencia es un ejemplo de razonamiento inductivo y la inferencia un ejemplo de razonamiento deductivo. La experiencia integra estos dos principios, pero su característica única radica en la capacidad de proveer un peso desproporcionado a eventos que, aunque poco comunes, están asociados con importante morbilidad para el paciente. Características de la evidencia, inferencia y experiencia (Cuadro 1)¹.

Algunos de los elementos más importantes de cualquier procedimiento quirúrgico son las decisiones que toma el cirujano antes, durante y después de la cirugía misma. Sin embargo, el proceso mediante el cual los cirujanos toman estas decisiones no se ha estudiado adecuadamente. Adicionalmente, existen pocos estudios que investiguen cómo se toman estas decisiones, aunque estos procesos de toma de decisiones son de gran importancia tanto a efectos de formación del cirujano como de seguridad del paciente³.

A menudo, los cirujanos tienen dificultades para describir exactamente cómo llegaron a una decisión específica durante la cirugía. Algunos describen estas de-

Conflicto de intereses:
El autor declara no tener conflictos de intereses.

¹ Cirujano Colorectal, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, Perú.

Correspondencia:

Dr. Luis I. Chiroque-Benites, MPH, MHSA
Sociedad Peruana de Cirugía Endoscópica
Av. Francisco de Zela 1990, Oficina 303, Lince, Lima, Perú
E-mail: chiroqueluis@yahoo.com

cisiones como respuestas de "intuición" o "instintivas". Además, muchos factores afectan la capacidad de toma de decisiones de los cirujanos durante las operaciones. Entre estos factores tenemos el estado fisiológico y/o mental del cirujano, el trabajo en equipo, las presiones externas al trabajo y la capacidad del cirujano para adaptarse rápidamente a un entorno cambiante, por nombrar sólo algunos. Sin embargo, la pregunta sigue siendo: ¿cómo realizar una evaluación de la decisión quirúrgica y obtener una mejor comprensión de un proceso aparentemente instintivo, que ayude a los cirujanos a combatir los factores externos experimentados antes y durante la cirugía?^{2,3}

No hay registro de los pensamientos de los cirujanos, y gran parte del proceso de revisión, incluso cuando las cosas salen mal, es extremadamente difícil. Además; las diferencias y las razones de la individualización de cada paciente, incluso de los procedimientos quirúrgicos más comunes, son multifactoriales. La formación

y educación de un cirujano es el factor principal, pero hay que recordar que la cirugía es un proceso dinámico y muy variable, y hay muchas otras razones para las diferencias en los abordajes quirúrgicos, incluyendo el hospital en que se labora, la región geográfica y los aspectos culturales. Un cirujano operando la misma enfermedad y teniendo en mente el mismo resultado final, puede optar por seguir una estrategia quirúrgica distinta para dos pacientes con la misma condición médica, porque a pesar de tener el mismo diagnóstico, la misma edad y el mismo sexo, nunca son realmente idénticos³.

En resumen, la toma de decisiones quirúrgicas dinámica se puede conceptualizar como un proceso de dos etapas, evaluación y diagnóstico de la situación, y luego usar uno o más métodos de decisión para seleccionar un curso de acción. La correcta identificación de la situación es primordial. Los tomadores de decisiones dinámicos normalmente cambiarán entre la intuición, las reglas y el análisis, dependiendo del tiempo disponible, familiaridad y exigencias de la tarea. Al comparar métodos intuitivos y analíticos con métodos clínicos en la toma de decisiones, "el truco está en hacer coincidir la actividad cognitiva con la cirugía, en ese momento"⁴.

Finalmente, esta decisión puede ser errónea en la medida en que los cirujanos no reconozcan la autonomía del paciente y los involucren explícitamente en la toma de decisiones quirúrgica de acuerdo a las expectativas del paciente con respecto a sus objetivos de vida y sus preferencias sobre un determinado tratamiento, incluso si éstos no son la primera opción establecida por el cirujano. Este proceso se llama toma de decisiones compartida (Shared Decision-Making). Esto requiere comunicación bidireccional entre profesionales de la salud y sus pacientes para obtener y valorar la preferencia del paciente, e incorporarlas en las opciones de tratamiento y la decisión elegida finalmente².

Cuadro 1. Evidencia, inferencia y experiencia.

Box 1. Evidence, inference, and experience

Evidence

Methods: frequentist

Focus: efficacy

Strengths: probabilistic, and therefore closest approximation to truth for group.

Weaknesses: probabilistic, and therefore may not represent best synthesis of information for an individual who does not meet specific characteristics of group, or who is an outlier in a population.

Inference

Methods: Bayesian

Focus: safety

Strengths: facilitates decision-making in absence of rigorous evidence. Permits refinement of evidence-based decisions.

Weaknesses: depends on assumptions of similarity; inherently subjective.

Experience

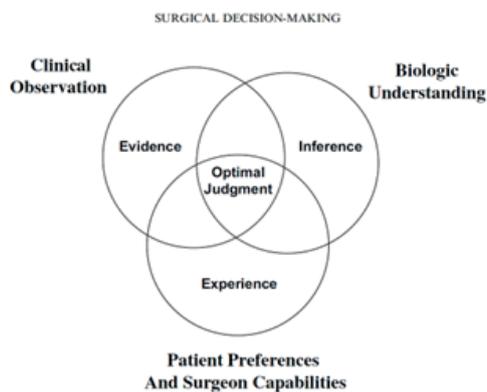
Methods: anecdotal

Focus: norms, and exceptions to the norm

Strengths: captures important, but as yet undefined elements of problem. Relates outcomes to individual surgeon's strengths and weaknesses.

Weaknesses: subservient to ego, hubris, and selective memory.

Gráfico 1. Toma de decisiones quirúrgicas.



Referencias bibliográficas

1. Marshall JC. Surgical Decision-Making: Integrating Evidence, Inference, and Experience. *Surg Clin N Am.* 2006; (86): 201–215.
2. Ubbink dt. Shared decision-making should be a standard part of surgical care. *BJS;* 2022 (109): 1049–1050.
3. Latifi R. *Surgical Decision Making.* Springer International Publishing, Switzerland. 2016, 3-7.
4. Flin R, Youngson G, Yule S. How do surgeons make intraoperative decisions? *Qual Saf Health Care.* 2007;(16):235–239.