

CASO Y COMENTARIO: ARTÍCULO CON REVISIÓN INTER PARES

¿Cómo podrían los cirujanos sénior ayudar a los colegas y aprendices junior que experimentan arrepentimiento?

Carlie Arbaugh, MD, MS y Kimberly E. Kopecky, MD, MS

Resumen

Los resultados inesperados y los eventos adversos son inevitables en la formación y práctica quirúrgica y suelen generar experiencias emocionales complejas, incluido el arrepentimiento. Atravesar estas experiencias con el apoyo de mentores y pares es esencial para el bienestar del cirujano, para una cultura saludable en torno a la cirugía y para una óptima atención al paciente. El análisis de estrés por incidentes críticos y los modelos de comportamiento metacognitivo ofrecen herramientas que los cirujanos sénior pueden utilizar para ayudar a los colegas junior de cirugía ante resultados inesperados y eventos adversos.

Caso

El Dr. R es jefe de residentes de cirugía que atiende al paciente, SM, que en este momento fue ingresado a la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos en un centro médico académico. El Dr. R le ha brindado atención a SM durante dos semanas; hace tres días, decidieron que era clínicamente apropiado quitarle a SM la sonda nasogástrica (SNG). Los terapeutas del habla y de deglución evaluaron si SM tenía disfagia y lo habilitaron a consumir líquidos claros y comida picada y húmeda por la boca. SM continuó su progreso con la comida y la bebida con la asistencia de un enfermero hasta temprano por la mañana, cuando repentinamente SM aspiró. Los niveles de oxígeno en sangre de SM disminuyeron a pesar de una intervención inmediata con oxígeno suplementario. Los porcentajes de saturación de oxígeno de SM se mantuvieron en valores bajos, alrededor de 80, al menos un 15 % por debajo de lo normal, y el Dr. R decidió volver a intubar a SM.

La mañana siguiente, el Dr. R le comentó al Dr. A, el cirujano a cargo, “Si tan solo no hubiese dejado que SM comiera”. El Dr. R le dijo al Dr. A que se arrepentía de haber dejado que SM tomara bebidas y alimentos por la boca. ¿Cómo debería responder el Dr. A?

Comentario

Los resultados indeseados son inevitables en la capacitación y la práctica de la cirugía. Todos los cirujanos han experimentado, o probablemente experimentarán, su propia

versión del caso de SM en el papel del Dr. R (médico residente de cirugía) o del Dr. A (cirujano a cargo). Estos casos son comunes, pero aun así pueden sentirse únicos y generar aislamiento. Si los cirujanos no reciben el apoyo adecuado, los resultados que generan arrepentimiento pueden impactar de manera negativa en su bienestar, sus dinámicas de equipo, la cultura en torno a la cirugía y la atención al paciente.¹ De hecho, los cirujanos son susceptibles al agotamiento y al síndrome de la “segunda víctima” en relación con eventos adversos y muertes de pacientes.^{2,3,4,5,6,7}

Las agendas exigentes, que combinan responsabilidades clínicas, administrativas, docentes, investigativas y personales, pueden dificultar priorizar el análisis de casos desafiantes fuera de presentaciones formales, como las conferencias de morbilidad y mortalidad. Además, el objetivo principal de las presentaciones formales es analizar, aprender y mejorar desde una perspectiva académica y clínica, en lugar de fomentar un espacio para que los cirujanos puedan procesar sus emociones y crecer.

Aquí tomamos el caso de ejemplo anterior y ofrecemos un marco de trabajo que pueden usar los miembros sénior del equipo de cirugía para ayudar a los miembros junior a medida que atraviesan las emociones morales complejas que son endémicas en la capacitación y la práctica de la cirugía. Nuestro marco está modelado con referencia a los análisis de estrés por incidentes críticos y se ve muy influenciado por modelos de comportamiento metacognitivo,^{8,9} que se han adaptado con éxito para dar apoyo a aprendices de medicina y cirugía tras eventos clínicos angustiantes.^{10,11,12,13,14,15,16} Si bien hay evidencia que respalda el análisis clínico proactivo,¹⁷ el marco que proponemos se enfoca en el análisis, luego de incidentes que alteran la confianza de los cirujanos, en el sistema de salud (como un resultado adverso), con el objetivo de mitigar los efectos negativos de eventos o resultados inesperados y traumáticos.

Quién, qué y por qué, dónde y cuándo, cómo

¿Para quién está diseñado este marco? Nuestro marco adaptado es apropiado para diadas de personas sénior y junior; por ejemplo, un cirujano asistente sénior y un cirujano asistente junior, un cirujano a cargo y un becario, y un residente y un estudiante de medicina. El apoyo diádico es importante, dado que los comportamientos relacionados con el análisis no se suelen ver reflejados en la capacitación en cirugía. En una encuesta de 125 residentes de cirugía, el 88 % estaba involucrado en errores médicos, pero solo el 24,3% recibió apoyo emocional luego de estos eventos adversos.¹⁸ De igual manera, una encuesta transversal de 126 cirujanos profesionales indicó que el 80 % informó al menos un evento adverso intraoperatorio en el último año.⁷ Estas estadísticas alarmantes destacan la necesidad de un **apoyo para cirujanos** proactivo y empático en todos los niveles de capacitación que atraviesan experiencias de pacientes con mucha carga emocional.

Independientemente del nivel de capacitación, es normal que cada miembro del equipo se sienta responsable ante un resultado inesperado. Por ejemplo, el interno de cirugía puede sentirse más responsable, dado que suele tener más contacto con el paciente y la familia durante la hospitalización y cumple la tarea de emitir órdenes, hacer consultas, quitar drenajes y monitorear de cerca el estado del paciente. El residente sénior o el becario pueden sentirse más responsables porque participan en operaciones más complejas y diseñan planes con los cirujanos a cargo. Por último, un cirujano a cargo puede sentir el mayor grado de responsabilidad, dado que supervisa y es responsable en términos médicos y legales de todas las decisiones clínicas, además de

tener a menudo una relación continua y más cercana con el paciente, desde el momento de la primera consulta quirúrgica.

En contextos que involucran a cirujanos sénior y junior, el cirujano junior puede no siempre sentirse cómodo como para acercarse al cirujano sénior en busca de apoyo. Este tipo de acciones evidencia vulnerabilidad y eso puede resultar incómodo. Es particularmente importante para un cirujano sénior dar respuesta, hacerse el tiempo y crear un espacio seguro para comunicarse con un cirujano junior cuando este inicia una conversación. Cuando el cirujano junior no pide apoyo, pero da pistas más sutiles, es importante que el cirujano sénior siga sus instintos y se acerque. En la subsección “Cómo” a continuación, describimos cinco pasos de este proceso.

¿Qué emociones pueden surgir y por qué son importantes? En este caso, el Dr. R tomó la decisión de quitarle a SM la SNG en función de una evaluación clínica bien informada con la supervisión y aprobación adecuada del Dr. A. SM mejoró al inicio con la alimentación asistida por los terapeutas del habla y deglución y el enfermero. Por desgracia, SM luego aspiró, lo que ocasionó una descompensación respiratoria y se le debió volver a intubar. El Dr. R, que probablemente estaba tratando con esta complicación específica por primera vez, asumió la culpa y expresó arrepentimiento por haber avanzado la dieta de SM.

Un examen sistemático importante evidenció que la “ansiedad, culpa, tristeza vergüenza” y la “interferencia con las actividades profesionales y de ocio” fueron las emociones adversas más informadas luego de una complicación vinculada con el paciente.¹⁹ En un estudio, el 84 % de los cirujanos participantes informó haber experimentado una mezcla de ansiedad, culpa, tristeza, vergüenza y enojo en respuesta a eventos intraoperatorios adversos⁷ y, en una encuesta más reciente, hasta un tercio de los cirujanos informaron que la muerte de los pacientes impactó su carrera profesional, su bienestar emocional o su vida social; el 18 % consideró tomarse un descanso y el 12 % consideró abandonar su carrera profesional.²⁰ Los errores médicos auto percibidos también pueden estar acompañados de sentimientos de remordimiento o inadecuación; miedo a represalias, juicios o retribuciones; y ansiedad o insomnio.^{18,21} Estos resultados pueden ayudarnos a comprender mejor, normalizar y dar apoyo al camino de los cirujanos ante **emociones complejas luego de un evento adverso de un paciente**.

¿Cuándo y dónde deberían entablarse conversaciones y compartirse informes? Se requiere tener un tiempo y un espacio protegidos para entablar conversaciones y compartir informes. Para el caso anterior, recomendamos que el Dr. A tenga una conversación inicial con el Dr. R, de preferencia dentro de un día o dos de la aspiración. Si es posible, esta conversación debería ocurrir en un contexto privado, en lugar de un área de atención al paciente, un ascensor abarrotado o una cafetería concurrida para minimizar las interrupciones. Además de proteger la privacidad, el Dr. A debería practicar una escucha profunda a fin de fomentar la seguridad psicológica y facilitar una conversación auténtica y abierta. Es preferible tener una conversación cara a cara, pero una conversación telefónica también puede ser efectiva si las limitaciones de tiempo y las obligaciones hacen que sea impráctico tener una reunión en persona. Luego del diálogo inicial, el Dr. A debería seguir en contacto con el Dr. R dentro de la semana por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico. Si hay seguimientos adicionales va a depender de las necesidades del residente.

¿Cómo deberían recibir mejor apoyo los aprendices y colegas de cirugía? Brindar apoyo para un aprendiz o colega de cirugía que lidia con un paciente difícil requiere consciencia situacional e inteligencia emocional, lo que incluye un uso competente de la interocepción, la compasión y la empatía. Un colega que necesita apoyo suele dejar pistas, como declaraciones evidentes, el tono de voz, el lenguaje corporal o un cambio en el comportamiento. En este caso, que el Dr. haya declarado “Si tan solo no hubiese dejado que SM comiera” es una pista para el Dr. A sobre que el Dr. R puede estar entregándose a la culpa por la aspiración del paciente.

Hemos adaptado el marco de incidentes críticos^{8,10,16} e incorporado herramientas de metacognición para que se apliquen en el apoyo a los cirujanos con cinco pasos. (Véase el Apéndice Adicional para acceder a definiciones y recursos).

1. *Evaluar los hechos.* El cirujano sénior y el junior revisan en conjunto los hechos clave del caso, incluida la secuencia de los eventos y los resultados objetivos. Este paso puede ser breve. El Dr. R y el Dr. A evaluarían que SM tuvo una descarga mínima de la SNG y estaba teniendo deposiciones, que se había indicado y seguido un análisis de terapia del habla y de deglución, y que se había brindado asistencia con la alimentación por parte de un enfermero. Cuando SM aspiró, se realizó una evaluación clínica apropiada y se brindó un tratamiento adecuado.
2. *Comprender los pensamientos.* El cirujano sénior extrae la narrativa subyacente de que el ciudadano se ha atribuido el caso, por ejemplo, con declaraciones como “Tomé la decisión equivocada” o “Debo ser un mal cirujano”. Luego se alentaría al Dr. R que explore la narrativa subyacente y que comparta su diálogo interno: “Si tan solo no hubiese dejado que SM comiera” o “Fue mi culpa que SM aspirara y tuviera que volver a intubar”. Durante esta fase de descubrimiento, es importante para el cirujano sénior abstenerse de negar la autoevaluación del cirujano junior, en cambio, solo debe dar lugar a que el cirujano junior explore una respuesta natural ante una experiencia desafiante.
3. *Reconocer las reacciones.* El objetivo de este paso es apoyar al colega junior para que pueda distinguir entre hechos y percepciones. Explorar con calma estas diferentes “verdades” hace que el cirujano junior pueda desacoplar el evento de la reacción y considerar a consciencia conclusiones alternativas. El Dr. A demostraría, con base en la evidencia disponible, que no fue culpa del Dr. R que SM aspirara. En el caso en el que el cirujano es responsable en primer lugar por el resultado indeseado (como podría ocurrir con un error intraoperatorio), es común que la reacción eclipse al incidente. Los pensamientos del estilo de “No debería ser cirujano” o “Debería abandonar la práctica clínica” pueden sentirse como hechos en el momento, pero son una respuesta emocional desmedida y entendible ante la situación. Puede ser útil identificar la manera en la que las emociones pueden estarse manifestando en el cuerpo a nivel físico. Esta encarnación se puede monitorear en conjunto con el procesamiento emocional y la resolución. Las manifestaciones comunes del estrés emocional a las que hay que estar atento incluyen insomnio (nuevo o empeorado), dolores de cabeza, tensión en la mandíbula, tensión en el cuello y los hombros, molestias gastrointestinales, etc.

4. *Normalizar las experiencias.* Recomendamos que el cirujano sénior comente cómo le afectó la situación clínica o que comparta un momento en el que experimentó algo similar. No debe centrarse en los detalles clínicos, sino que se debe priorizar la reflexión sobre emociones como el arrepentimiento o la culpa. Normalizar las experiencias y las emociones es importante para manifestar vulnerabilidad y demostrar que se tiene una condición humana compartida, lo que tiende a construir un sentimiento de confianza y fortalece las relaciones entre colegas de cirugía. La consciencia y el reconocimiento de estas experiencias son clave para que los cirujanos cultiven la conexión, compasión y resiliencia.
5. *Planificar en conjunto.* Por último, el cirujano sénior debería guiar al cirujano junior en la confección de un plan. Esta es una oportunidad de compartir estrategias saludables para lidiar con la situación o hacer preguntas abiertas que inciten al cirujano junior a que diseñe sus propias estrategias saludables. En algunos casos, ofrecer apoyo inter pares o recursos profesionales de salud mental puede resultar útil. Antes de cerrar la conversación, se debería crear un plan para volver a comunicarse sobre el tema.

Conclusión

Un cirujano puede experimentar tristeza, preocupación y estrés cuando ocurre un resultado indeseado del paciente o cuando el paciente sufre y el cirujano se siente responsable. Los cirujanos, en especial los aprendices, experimentan arrepentimiento sobre **decisiones de gestión del paciente** y con frecuencia recurren a culparse tras un resultado negativo del paciente.²² El arrepentimiento y la autoacusación pueden ocasionar ansiedad, culpa, vergüenza y también pueden generar patrones de pensamiento negativos perseverantes que no ayudan. Si no se las controla, estas experiencias pueden tener efectos acumulativos a largo plazo sobre la identidad personal y profesional.²²

En este comentario, hemos delineado las maneras en las que los cirujanos pueden ofrecer apoyo a colegas que experimentan arrepentimiento y otras emociones morales propias de la práctica quirúrgica. Nuestro marco adaptado, descrito anteriormente, puede ser una herramienta adicional en el repertorio abocado a dar apoyo a los colegas de cirugía.

References

1. Le HD, Wolinska JM, Baertschiger RM, Himidan SA. Complication is inevitable, but suffering is optional—psychological aspects of dealing with complications in surgery. *Eur J Pediatr Surg.* 2023;33(3):181-190.
2. Williams AY, Butts CC. Stress disorders: the trauma surgeon as the second victim. *Curr Trauma Rep.* 2023;9(3):1-8.
3. Herring JA. Complications: second victim. *J Pediatr Orthop.* 2020;40(suppl 1):S22-S24.
4. Bohnen JD, Lillemoe KD, Mort EA, Kaafarani HMA. When things go wrong: the surgeon as second victim. *Ann Surg.* 2019;269(5):808-809.
5. Marmon LM, Heiss K. Improving surgeon wellness: the second victim syndrome and quality of care. *Semin Pediatr Surg.* 2015;24(6):315-318.
6. Whalen A, Collins C. Unmasking the silent struggle: second victim syndrome among surgeons. *Am J Surg.* 2024;229:3-4.

7. Han K, Bohnen JD, Peponis T, et al. The surgeon as the second victim? Results of the Boston Intraoperative Adverse Events Surgeons' Attitude (BISA) Study. *J Am Coll Surg*. 2017;224(6):1048-1056.
8. Mitchell AM, Sakraida TJ, Kameg K. Critical incident stress debriefing: implications for best practice. *Disaster Manag Response*. 2003;1(2):46-51.
9. Understanding CBT. Beck Institute. Accessed April 24, 2024. <https://beckinstitute.org/about/understanding-cbt/>
10. Wykowski JH, Merel S, Starks H, et al. An embedded curriculum to teach critical incident debriefing to internal medicine residents. *J Grad Med Educ*. 2024;16(1):59-63.
11. Osta AD, King MA, Serwint JR, Bostwick SB. Implementing emotional debriefing in pediatric clinical education. *Acad Pediatr*. 2019;19(3):278-282.
12. Govindan M, Keefer P, Sturza J, Stephens MR, Malas N. Empowering residents to process distressing events: a debriefing workshop. *MedEdPORTAL*. 2019;15:10809.
13. Fainstad T, Mann A, Suresh K, et al. Effect of a novel online group-coaching program to reduce burnout in female resident physicians: a randomized clinical trial. *JAMA Netw Open*. 2022;5(5):e2210752.
14. Mann A, Shah AN, Thibodeau PS, et al. Online well-being group coaching program for women physician trainees: a randomized clinical trial. *JAMA Netw Open*. 2023;6(10):e2335541.
15. Mann A, Fainstad T, Shah P, et al. "We're all going through it": impact of an online group coaching program for medical trainees: a qualitative analysis. *BMC Med Educ*. 2022;22(1):675.
16. Harrison R, Wu A. Critical incident stress debriefing after adverse patient safety events. *Am J Manag Care*. 2017;23(5):310-312.
17. Phillips EC, Tallentire V. Routine versus prompted clinical debriefing: aligning aims, mechanisms and implementation. *BMJ Qual Saf*. 2024;33(5):280-283.
18. Khansa I, Pearson GD. Coping and recovery in surgical residents after adverse events: the second victim phenomenon. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2022;10(3):e4203.
19. Srinivasa S, Gurney J, Koea J. Potential consequences of patient complications for surgeon well-being: a systematic review. *JAMA Surg*. 2019;154(5):451-457.
20. Akyol C, Celik SU, Koc MA, et al. The impact of patient deaths on general surgeons' psychosocial well-being and surgical practices. *Front Surg*. 2022;9:898274.
21. Fatima S, Soria S, Esteban-Cruciani N. Medical errors during training: how do residents cope?: a descriptive study. *BMC Med Educ*. 2021;21(1):408.
22. Luu S, Patel P, St-Martin L, et al. Waking up the next morning: surgeons' emotional reactions to adverse events. *Med Educ*. 2012;46(12):1179-1188.

Carlie Arbaugh, MD, MS, es residente de cirugía en Stanford Health Care en Stanford, California. Su ejercicio académico se enfoca en la equidad en salud, la medicina de estilo de vida (incluida la medicina vinculada a la nutrición y la cocina), el bienestar de los médicos, la educación médica y quirúrgica y los cuidados paliativos.

Kimberly E. Kopecky, MD, MS, es médica que cuenta con dos especializaciones en cirugía general y en medicina de hospicio y cuidados paliativos, y es profesora asistente en la División de Oncología Quirúrgica en la Facultad de Medicina de Heersink en la Universidad de Alabama en Birmingham. Ha adaptado su formación clínica y no clínica para llevar adelante investigaciones sobre las experiencias quirúrgicas de los pacientes

con cáncer avanzado y para comprender cómo influyen estas experiencias en la toma de decisiones perioperatoria y la recuperación luego de operaciones sustanciales de cáncer abdominal.

Editor's Note

The case to which this commentary is a response was developed by the editorial staff.

Citation

AMA J Ethics. 2025;27(3):E171-177.

DOI

10.1001/amajethics.2025.171.

Acknowledgements

The authors thank Dr Anna Newcomb for reading a prior draft of this manuscript and Drs Adrienne Mann and Tyra Fainstad for their support as coaches.

Conflict of Interest Disclosure

Authors disclosed no conflicts of interest.

The people and events in this case are fictional. Resemblance to real events or to names of people, living or dead, is entirely coincidental. The viewpoints expressed in this article are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views and policies of the AMA.