

MEDICINA Y SOCIEDAD: ARTÍCULO CON REVISIÓN INTER PARES

¿Cómo puede la toma de decisiones conjunta con un paciente mitigar el arrepentimiento del cirujano ante malos resultados que no se ocasionaron por errores?

Josh Sommovilla, MD

Resumen

Los cirujanos pueden experimentar arrepentimiento tras intervenciones a pacientes de alto riesgo que tienen malos resultados, incluso cuando no han ocurrido errores. Algunos remordimientos provienen de comunicaciones incompletas o malentendidos sobre las opciones, expectativas o pronósticos. El arrepentimiento, e incluso la angustia moral, se podría mitigar cuando los cirujanos comparten decisiones quirúrgicas clave de atención con los pacientes o con sus representantes y utilizan estrategias para tener una buena comunicación sobre las enfermedades o lesiones serias de los pacientes. La toma de decisiones compartida es un marco de comunicación cuyos principios pueden contribuir a mitigar el arrepentimiento del cirujano.

Foco en el arrepentimiento por decisiones quirúrgicas

El arrepentimiento es un factor muy reconocido pero poco comprendido que influye en la toma de decisiones en la atención médica. El arrepentimiento puede ocurrir como resultado de comunicaciones incompletas o malentendidos durante el proceso de toma de decisiones y podría incluso continuar siendo origen de angustia y sesgo en las conversaciones sobre tomas de decisiones futuras del médico con otros pacientes. Entonces, el arrepentimiento puede surgir a partir del proceso de toma de decisiones e **influir en decisiones clínicas futuras**. Si bien el arrepentimiento por decisiones entre pacientes se ha estudiado bastante,^{1,2} hay pocos estudios que analizan los factores que contribuyen a las experiencias de arrepentimiento de los médicos.^{3,4} En situaciones con mucho en juego, la toma de decisiones quirúrgicas puede ser compleja, y un mal resultado puede tener consecuencias importantes para los cirujanos, pacientes y otras partes interesadas clave en las decisiones quirúrgicas, incluso ante la falta de un error.

Los cirujanos pueden experimentar arrepentimiento por diversos motivos en el contexto de un mal resultado: debido al resultado en sí mismo, a la opción clínica elegida, al rol que desempeñaron o al proceso mediante el cual se tomó la decisión. Si bien estos tipos de arrepentimientos pueden ser distintos, algunos están vinculados entre sí mediante mecanismos psicológicos en común (como la justificación ante un mal

resultado).⁵ Las discusiones tradicionales en las conferencias de morbilidad y mortalidad se enfocan mucho en las técnicas utilizadas durante la cirugía o en la opción elegida (es decir, factores relacionados con el arrepentimiento por el resultado y el arrepentimiento por la opción), en vez de enfocarse en problemas relacionados con el arrepentimiento por el *proceso* o el *rol*. Para estas categorías de arrepentimiento, la toma firme de decisiones compartida (SDM, por sus siglas en inglés) puede ser más beneficiosa.

La SDM es un proceso de comunicación entre médicos y pacientes que enfatiza la colaboración entre pacientes y médicos para tomar decisiones. Es un marco que se utiliza cada vez más para la toma de decisiones en enfermedades serias, incluidas las situaciones quirúrgicas. Si bien la SDM firme puede no evitar que un paciente tenga un mal resultado, mi hipótesis es que podría contribuir a mitigar el arrepentimiento del cirujano cuando ocurre un mal resultado.

Toma de decisiones compartida en cirugía

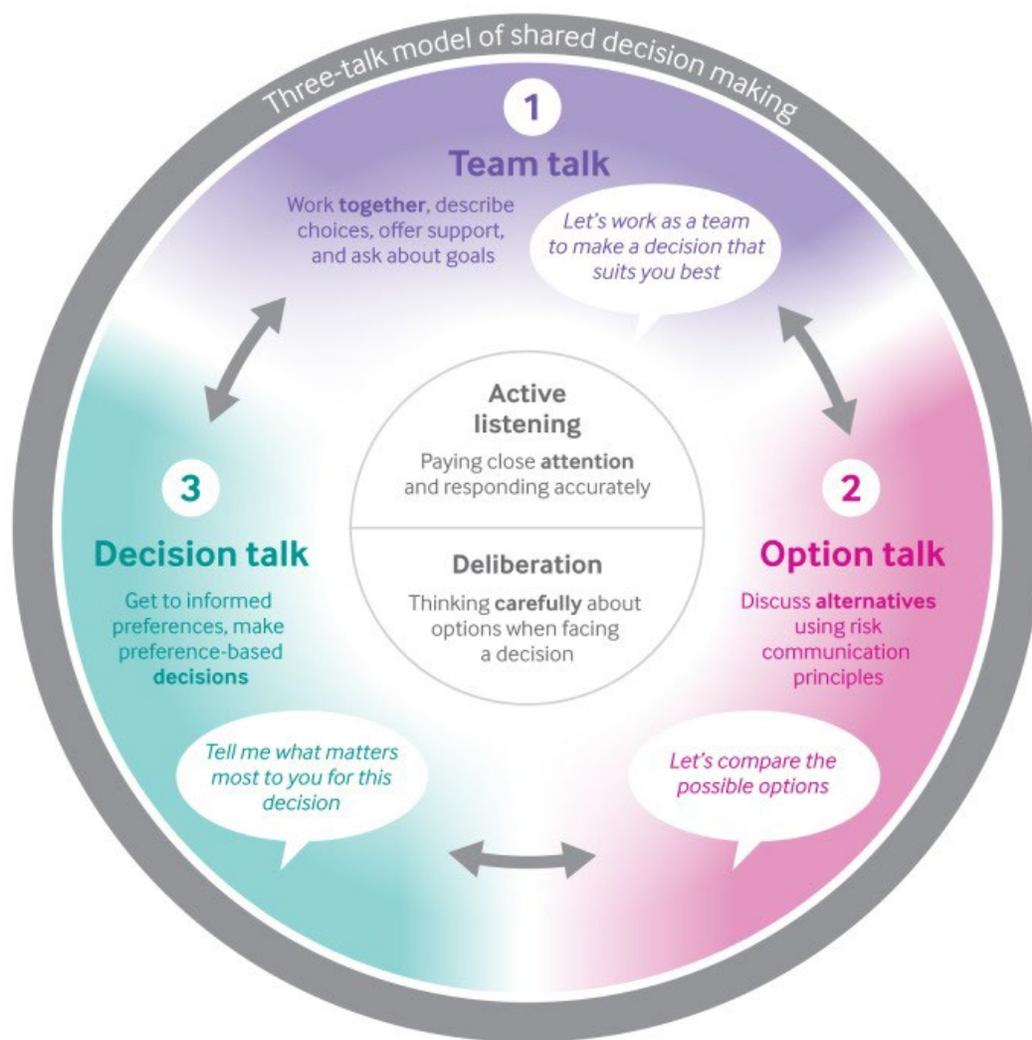
Los estudios sobre el arrepentimiento de los cirujanos por la toma de decisiones quirúrgicas se han enfocado en el arrepentimiento por la opción. Algunos estudios que evalúan el arrepentimiento de los cirujanos utilizan escalas que clasifican el arrepentimiento en acción u omisión.^{3,4} Esta clasificación divide al arrepentimiento en función de la decisión que se tomó: el arrepentimiento por acción ocurre como resultado de una decisión de realizar la cirugía; el arrepentimiento por omisión se deriva de una decisión de no realizar la intervención quirúrgica. Los arrepentimientos relacionados con la omisión pueden ser más difíciles de estudiar, ya que estos casos rara vez se presentan en conferencias de morbilidad y mortalidad o en trabajos escritos presentados para revisión inter pares. Esta distinción es útil para ordenar nuestras ideas sobre las situaciones en las que puede ocurrir el arrepentimiento, pero depende de qué decisión se tomó y no contempla el arrepentimiento por el proceso. Es razonable creer que la SDM firme puede ayudar a mitigar el grado del arrepentimiento vinculado al proceso e incluso la angustia moral que experimentan los cirujanos cuando ocurren malos resultados.

La naturaleza colaborativa de la SDM destaca que se dé igual importancia a la comunicación de los valores y objetivos de los pacientes y al **intercambio de información por parte de los médicos** sobre el contexto clínico, la evidencia médica y los resultados esperados. En conjunto, se toma una decisión con base en el intercambio mutuo de información entre el paciente, la familia, el médico y otras partes interesadas involucradas en la decisión.⁶ Cuando se estudia en el contexto de la toma de decisiones quirúrgicas, la SDM ha demostrado mejorar la calidad de las decisiones y la preparación de los pacientes, y también disminuye el conflicto.⁷ Sin embargo, su impacto sobre el arrepentimiento posoperatorio de pacientes o cirujanos en el contexto de un mal resultado no se ha estudiado tanto. De todas maneras, no cabe duda de que la participación en un proceso exhaustivo de SDM puede brindar beneficios al disminuir la probabilidad de que el cirujano se arrepienta ante malos resultados. Para comprender el porqué, primero tenemos que pensar sobre qué es exactamente la SDM, cómo puede diferir de lo que solemos hacer como parte de la práctica quirúrgica y qué impacto podría tener este proceso sobre el arrepentimiento en el contexto de un mal resultado.

Se ha resumido a la SDM con un “modelo de tres conversaciones” que consiste en la conversación del equipo, la conversación de la opción y la conversación de la decisión (véase la Figura).⁸ La *conversación del equipo* se enfoca en tomar decisiones basadas en el equipo que incorporen objetivos y preferencias informados del paciente en el contexto del escenario clínico. La *conversación de la opción* se refiere a comentar alternativas al plan quirúrgico y analizar de manera exhaustiva los riesgos y resultados

probables de todas las decisiones posibles. La *conversación de la decisión* integra a los dos anteriores para diseñar un plan basado en las preferencias. A lo largo de este proceso, se confía en la escucha activa y la deliberación a fin de alcanzar una decisión que integre el mejor conocimiento médico del cirujano y el conocimiento del paciente sobre sus preferencias y objetivos.⁸

Figura. Modelo de las tres conversaciones de la toma de decisiones compartida



Reproducido de Elwyn G, Durand MA, Song J, et al.⁸ © 2017. Bajo licencia de [Creative Commons Reconocimiento No comercial Sin Derivados 4.0 Internacional](#).

El proceso de SDM difiere de un modelo más simplificado de toma de decisiones quirúrgicas que involucra discutir sobre un diagnóstico y un tratamiento quirúrgico propuesto, junto con los riesgos y los resultados esperados, y también se depende de los pacientes para tomar decisiones con base en la información proporcionada. Si bien aparentemente este proceso se alinea con el principio del respeto de la autonomía del paciente, puede que no facilite las decisiones verdaderamente informadas que contemplan tanto los resultados esperados como los objetivos del paciente. El modelo de las tres conversaciones, que busca crear un entorno igualitario para todas las partes interesadas, puede que no genere una dinámica de poder totalmente equitativa entre el paciente y el cirujano, y esto se debería considerar siempre que se participe de estos debates.⁹

Para explorar las relaciones entre la toma de decisiones y el arrepentimiento, tenemos que identificar aspectos de la toma de decisiones que podrían contribuir al arrepentimiento y cómo la SDM podría abordarlos.

SDM y arrepentimiento

Conversación sobre opciones inadecuadas. Luego de un mal resultado, los cirujanos pueden arrepentirse de no haber debatido todas las opciones disponibles con un paciente y sus resultados derivados probables, incluidas las opciones sin cirugía. Durante una visita quirúrgica breve, se ha demostrado que se dedica mucho tiempo y esfuerzo a describir los procesos de la enfermedad y los aspectos técnicos de los procedimientos.¹⁰ Este orden de prioridades deja menos tiempo para hablar sobre los resultados probables de las alternativas sin cirugía y los objetivos del paciente. En el contexto de un mal resultado, es razonable creer que los cirujanos podrían arrepentirse de no haber pasado más tiempo comentando las alternativas por un deseo de explicar los aspectos técnicos de los procedimientos y los riesgos específicos. Un aspecto base de la SDM es la conversación sobre las opciones, que asegura que los pacientes comprenden que tienen opciones y que pueden elegir entre ellas. Si bien los “mejores cuidados de apoyo” no es la opción que muchos pacientes puedan terminar eligiendo, el modelo de SDM se asegura de que esta opción, así como sus consecuencias, se incluyan en la conversación sobre la toma de decisiones, además de otras opciones con y sin cirugía. El debate directo sobre esta opción podría contribuir a mitigar el arrepentimiento del cirujano en el contexto de un mal resultado posoperatorio.

Expectativas desmedidas del paciente o la familia. Los cirujanos también pueden experimentar arrepentimiento en situaciones en las que las expectativas del paciente o la familia son incongruentes con las del cirujano, y ocurre una complicación o un mal resultado. En situaciones con mucho en juego, por ejemplo, un cirujano puede creer que comunicó de manera adecuada la naturaleza de alto riesgo de una intervención, pero esta toma por sorpresa al paciente o la familia cuando ocurre una complicación o un mal resultado. Si bien el uso de calculadoras de riesgo y la descripción de las complicaciones de la cirugía pueden crear la sensación de que se han comunicado las desventajas de la cirugía, estas herramientas pueden no comunicar del todo al paciente y la familia la realidad de un mal resultado. El modelo de SDM requiere que se cree un espacio para las descripciones narradas de la vida después de las opciones comentadas, lo que puede hacer que los pacientes comprendan los resultados posibles. Este enfoque difiere de otros métodos de comunicación que podrían depender de cifras y porcentajes para transmitir el riesgo de la cirugía. Algunos enfoques descritos para asistir en la creación de esas descripciones narrativas son el de **Mejor de los casos/Peor de los casos**¹¹ y el de presentar a los pacientes el detalle de las “desventajas” de la cirugía, no solo los riesgos.¹² La herramienta de comunicación de Mejor de los casos/Peor de los casos involucra la descripción de opciones con y sin cirugía que pueda haber (en términos reales y narrativos) y la creación de una herramienta visual para el paciente que ubique el resultado “más probable” en un espectro para cada opción. La herramienta visual se proporciona al paciente y la familia al momento de la deliberación y se puede consultar más adelante. Esta herramienta de comunicación, cuyo modelo se observa en un video de pizarra blanca,¹³ amplía el modelo de tres conversaciones ya mencionado. Si seguimos el modelo de SDM de comunicación que incluye herramientas, como la Mejor de los casos/Peor de los casos, probablemente se generarán expectativas del paciente y la familia más congruentes con la opción elegida, lo que podría mitigar de manera intuitiva el arrepentimiento tras un mal resultado.

El deseo del paciente o la familia de un tratamiento agresivo infructuoso. Por último, los cirujanos pueden experimentar arrepentimiento tras un mal resultado si, durante el proceso de toma de decisiones, el paciente o la familia expresaron un fuerte deseo de recibir un tratamiento agresivo o de que “se haga todo”, incluso en el contexto de una mala prognosis. Puntualmente, los cirujanos pueden experimentar no solo arrepentimiento, sino angustia moral¹⁴ si sienten que los han presionado a brindar un tratamiento que sabían que no terminaría bien o si no transmitieron de manera adecuada (o con suficiente detalle) las desventajas del tratamiento. En estas situaciones, aplicar el marco de la SDM puede facilitar la toma de decisiones en varios sentidos. En primer lugar, el marco de la SDM brinda por naturaleza la oportunidad de evitar que se describan las opciones como “todo o nada”, siendo “todo” una operación importante y “nada” la mejor atención de apoyo. Presentar todas las opciones (incluida la mejor atención de apoyo) en forma de narrativas detalladas facilita que los pacientes puedan apreciar por completo los beneficios y las desventajas de las decisiones. No sorprende que la mayoría de los pacientes no elija la atención médica que se describe como “nada”. Además de crear un espacio para el tratamiento exhaustivo de las opciones, el componente de la conversación del equipo de la SDM crea una alianza natural entre el paciente y el cirujano para que el tratamiento de las opciones pueda ocurrir en el contexto de la alineación de objetivos. El tratamiento de varias opciones y la determinación de si se alinean con los objetivos del paciente puede minimizar el grado en el que los cirujanos puedan sentir que se los está empujando hacia una opción específica. Si los objetivos del paciente se alinean con la opción elegida, incluso en el contexto de un mal resultado, se puede atenuar el arrepentimiento (e incluso la angustia moral) por haber seguido este proceso.

Conclusión

En última instancia, puede que no sea posible eliminar el arrepentimiento del cirujano tras el mal resultado de un paciente, incluso sin errores. El tiempo y las emociones que los cirujanos dedican a los pacientes hace que sea razonable sentir arrepentimiento en esas situaciones. No obstante, cabe imaginar que alinear las decisiones quirúrgicas con los objetivos y los valores del paciente puede minimizar el arrepentimiento experimentado cuando las cosas salen mal. Este enfoque en particular minimizaría el arrepentimiento por el proceso de toma de decisiones, que puede ser considerable en situaciones con mucho en juego. La SDM brinda un modelo establecido para maximizar la alineación de las decisiones con los objetivos y valores del paciente. Si bien se necesitan más estudios para determinar qué modelos de comunicación brindan mayor protección a los cirujanos contra el arrepentimiento por decisiones, hay suficiente evidencia de que el modelo de SDM proporciona un marco ideal.

References

1. Lin SQ, Su CM, Wu HC, Chou YY, Yen YC, Tam KW. Effect of patient decision aids on decisional conflict and regret associated with breast cancer surgery: a randomized controlled trial. *Breast Cancer*. 2022;29(5):880-888.
2. Lunger L, Meissner VH, Kopp BCG, et al. Prevalence and determinants of decision regret in long-term prostate cancer survivors following radical prostatectomy. *BMC Urol*. 2023;23(1):139.
3. Cucchetti A, Djulbegovic B, Tsalatsanis A, et al. When to perform hepatic resection for intermediate-stage hepatocellular carcinoma. *Hepatology*. 2015;61(3):905-914.
4. Bagante F, Spolverato G, Cucchetti A, et al. Defining when to offer operative treatment for intrahepatic cholangiocarcinoma: a regret-based decision curves analysis. *Surgery*. 2016;160(1):106-117.
5. Connolly T, Reb J. Regret in cancer-related decisions. *Health Psychol*. 2005;24(4)(suppl):S29-S34.

6. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med.* 2012;27(10):1361-1367.
7. Boss EF, Mehta N, Nagarajan N, et al. Shared decision making and choice for elective surgical care: a systematic review. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2016;154(3):405-420.
8. Elwyn G, Durand MA, Song J, et al. A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ.* 2017;359:j4891.
9. Bogetz J, Rosenberg A, Curtis JR, Creutzfeldt CJ. Applying an adaptive communication approach to medical decision making. *J Pain Symptom Manage.* 2020;59(1):e4-e7.
10. Stalter LN, Baggett ND, Hanlon BM, et al. Identifying patterns in preoperative communication about high-risk surgical intervention: a secondary analysis of a randomized clinical trial. *Med Decis Making.* 2023;43(4):487-497.
11. Kruser JM, Pecanac KE, Brasel KJ, et al. “And I think that we can fix it”: mental models used in high-risk surgical decision making. *Ann Surg.* 2015;261(4):678-684.
12. Zaza SI, Arnold RM, Schwarze ML. Innovations in surgical communication 4—present the downsides of surgery, not just risks. *JAMA Surg.* 2023;158(10):998-1000.
13. Campbell T. Best Case/Worst Case (BC/WC) SURGEON communication tool—whiteboard video. Patient Preferences Project. Accessed October 22, 2024. <https://www.youtube.com/watch?v=FnS3K44sbu0>
14. Zimmermann CJ, Taylor LJ, Tucholka JL, et al. The association between factors promoting nonbeneficial surgery and moral distress: a national survey of surgeons. *Ann Surg.* 2022;276(1):94-100.

Josh Sommovilla, MD, es cirujano colorrectal y médico de medicina paliativa que ejerce en Cleveland, Ohio. Sus intereses clínicos y de investigación incluyen optimizar la atención y la comunicación con pacientes quirúrgicos gravemente enfermos, y se enfoca en aquellos que tienen cáncer gastrointestinal.

Citation

AMA J Ethics. 2025;27(3):E201-206.

DOI

10.1001/amajethics.2025.201.

Conflict of Interest Disclosure

Author disclosed no conflicts of interest.

The viewpoints expressed in this article are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views and policies of the AMA.