

Cirugía basada en evidencias: una necesidad impostergable

Surgery based on evidences: a unpostponable need

Tte. Cor. Tomás Ariel Lombardo Vaillant^I; Dra. Caridad Soler Morejón^{II}

^I Especialista de II Grado de Cirugía. Profesor e Investigador Auxiliar. Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto". La Habana, Cuba.

^{II} Especialista de II Grado en Medicina Interna e Intensiva. Máster en Ciencias, en Educación Médica Superior y en Urgencias Médicas. Profesora e Investigadora Titular. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

La aplicación de la medicina basada en la evidencia (MBE) en el ámbito quirúrgico es una necesidad impostergable ante los retos que el nuevo siglo impone a la práctica asistencial.

El siglo xx caracterizado por indetenibles avances científico-tecnológicos en el campo de la medicina, la informática, genética, pero también de la bioética y del humanismo, etc., ha dado paso a una era en la cual ha ido cambiando el paradigma de la atención médica.

En este nuevo paradigma se destacan dos pilares fundamentales: el conocimiento derivado de las investigaciones científicas, como fundamento de todo el sistema y el paciente como centro de todas las acciones y ente decisor en el control de su propia salud y en los procesos de prevención y tratamiento.¹

En la última década del pasado siglo, *Sackett* y otros^{2,3} proclamaron que era necesario conjugar el uso juicioso, consciente y explícito de la mejor evidencia existente con la experiencia y conocimientos adquiridos durante el ejercicio profesional para la toma de decisiones médicas, en cuanto al cuidado de los pacientes. En el caso particular de la cirugía este proceso incluye también el juicio clínico y el dominio de habilidades técnicas específicas.⁴

El conocimiento científico más avanzado, y su mejor aplicación en la práctica clínica es la premisa indispensable, pero paradójicamente a pesar de la aparente amplia disponibilidad de los nuevos conocimientos, existen barreras que impiden el acceso

real e interfieren con su adecuada implementación, baste mencionar la inagotable avalancha de nuevos conocimientos, las habilidades indispensables para el manejo óptimo de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) que influyen en la capacidad y rapidez para poder seleccionar la mejor evidencia, acceder a bases de datos especializadas y a los textos completos vía Internet, etc.⁵⁻⁷ Todo esto exige de un entrenamiento especializado, que consume parte del tiempo necesario para desarrollar las habilidades propias de la profesión.

Por otra parte, para hacer un uso correcto y eficaz de la evidencia se necesita que esta sea fácil de interpretar, válida y a la vez precisa, así como factible de obtener rápidamente para su inmediata aplicación en el cuidado de los pacientes. Precisamente, la queja más frecuente de los médicos con respecto a la MEB es la dificultad de obtener y evaluar la evidencia oportunamente de manera que pueda impactar en la práctica asistencial.⁵ Todo lo expresado anteriormente justifica la necesidad de establecer un flujo de acciones favorecedoras que permitan gestionar eficazmente el conocimiento, desde su fuente hasta el usuario de este, es decir, el médico actuante ante el enfermo.

Guías y protocolos de actuación

Las guías de actuación, surgidas con el desarrollo de la MBE, son una forma de proveer ese conocimiento de una manera rápida y eficaz, cuando están actualizadas y delineadas según el mayor grado de evidencia disponible internacional y contextualizada que aporta la investigación científica, y donde la experiencia profesional que proporciona un colectivo de profesionales, ayuda a definir la validez de las recomendaciones emitidas y a aplicar el método clínico con excelencia.^{1,8}

La experiencia profesional actúa como un árbitro en relación a la literatura publicada pues permite evaluarla, determinar fortalezas y limitaciones de la información científica disponible, en la mayor parte de los casos debe ser producto del trabajo de un colectivo de expertos porque la experiencia individual se encuentra en ocasiones, desproporcionalmente permeada e influenciada por las excepciones.⁹

A partir de estas guías, la elaboración de protocolos de actuación permite la adaptación de las intervenciones a las características institucionales y del servicio en el cual se brinda la atención médica (localización).¹ De esta forma, el protocolo de actuación se convierte en un documento de valor inestimable que:

- Permite obviar las limitaciones para disponer de información actualizada de forma rápida.
- Facilita el accionar del médico práctico en su entorno concreto.
- Tiene en cuenta las preferencias y la satisfacción del paciente.

Los protocolos de actuación incluyen algoritmos diagnósticos y terapéuticos que facilitan la toma de decisiones y alivian la responsabilidad del médico sobre todo en momentos de fatiga y de gran estrés, lo cual evitando las improvisaciones y las acciones superfluas. Permiten además establecer criterios de atención priorizada y proveen información de máxima utilidad para el paciente y el médico. Por otra parte, facilitan la recogida de datos, indispensables para la obtención de nuevas evidencias e impactar en la producción científica.

El disponer de un protocolo asistencial actualizado en un servicio quirúrgico permite homogenizar la atención médica y constituye por tanto, una garantía para la calidad asistencial y la satisfacción del paciente. Como señalara oportunamente el profesor *Llorens*, "estos protocolos deben establecer los objetivos asistenciales que se persiguen, en términos de la mejoría en la calidad de la atención, resultados del tratamiento y reducción de los costos".⁸

Calidad de las evidencias en cirugía

Hasta el momento los ensayos clínicos aleatorizados de difícil implementación en cirugía por la rápida evolución de la tecnología y las técnicas, las características propias del diseño de estos estudios y los problemas relacionados con la valoración de la curva de aprendizaje entre otros, las revisiones sistemáticas y los metaanálisis se mantienen como los estudios que aportan los niveles de evidencia más confiables, mientras que clasificaciones como la emanada de la reunión de consenso de la Sociedad Americana de Enfermedades del Tórax incluyen a los estudios observacionales prospectivos bien diseñados (frecuentes en cirugía) sin sesgos como evidencias que pueden ser recomendables y excluyen la opinión de experto como nivel de evidencia.¹⁰

Hay una miríada de razones, por las cuales algunos cirujanos no rigen su actividad por los fundamentos que traza la MBE que van desde el nivel de información disponible en el momento de la toma de decisiones en su contexto, la falta de generalizar los estudios para sus pacientes, o simplemente son lentos para optar por un cambio en la práctica médica. Tradicionalmente la práctica de la cirugía ha estado basada en la experiencia y en la comprensión de los mecanismos básicos de la enfermedad y los principios fisiopatológicos.

Meakins,¹¹ cirujano líder de opinión en MBE, considera que las bases para la evaluación de la terapéutica quirúrgica y principalmente muchas de las técnicas quirúrgicas -resecciones atípicas por cáncer, drenaje de abscesos, rotura de aneurismas-, aun no están bien definidas y resultan diferentes al enfoque que se lleva a cabo al evaluar una nueva droga, pero también acota que hay suficiente conocimiento explícito acumulado que debe ser ordenado y procesado mediante guía de prácticas clínicas, y protocolo de asistencia que resultarán de gran impacto en el proceso salud-enfermedad.¹⁰

Se impone el momento, sin retrasos, a medida que se generalice la práctica de la MBE, en que una guía de prácticas clínicas, protocolo de asistencia, o algoritmo resulte deseable por el cirujano al menos para la mayoría de las enfermedades que atiende debido a las presiones institucionales y de los directivos, las presiones legales, la evaluación del desempeño y la satisfacción del paciente. Este cirujano no se sentirá ya más satisfecho con el grado de libertad con que trabaja hoy, y no adoptará en la práctica diaria ninguna acción que no sea basada en evidencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gray M. Knowledge management: a core skill for surgeons who manage. *Surg Clin North Am.* 2006;86:17-39.
2. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JAM. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *Br Med J.* 1996;312:71-2.

-
3. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS. Evidence-based medicine. 2nd ed. Toronto: Churchill Livingstone; 2000.
 4. Scott R, Richards K, Russell T. Relative contributions of surgeons and decision support systems. *Surg Clin N Am*. 2006;86:169-179.
 5. Sevdalis N, McCulloch P. Teaching evidence-based decision making. *Surg Clin North Am*. 2006;86:59-70.
 6. de Gara C. How evidence-based are CAGS surgeons really? *J Can Chir*. 2007;50(2):90-4.
 7. Burton M, Clarke M. Systematic Reviews of Surgical Interventions. *Surg Clin North Am*. 2006;86:101-14.
 8. Lloréns Figueroa JA. Prólogo a la I edición digital del Manual de Prácticas Médicas del Hospital Hermanos Ameijeiras. La Habana. 2006.
 9. Marshall JC. Surgical Decision-Making: Integrating, Evidence, Inference, and Experience. *Surg Clin North Am*. 2006;89:201-5.
 10. Schunemann HJ, Jaeschke R, Cook DJ, Bria WJ, El-Solh AA, Ernst A, et al. An Official ATS Statement: Grading the Quality of Evidence and Strength of Recommendations in ATS Guidelines and Recommendations *Am J Respir Crit Care Med*. 2006;174:605-14.
 11. Meakins JL. Innovation in Surgery. *Am J Surg*. 2002;183:399-405.