

Editorial

Guías de práctica clínica en cirugía: ¿son realmente útiles?

Clinical practice guidelines in surgery: are really useful?



La respuesta a esta pregunta es, sin duda, sí, pero hay que matizar la respuesta, no puede contestarse con ese simple sí.

La elaboración de guías de práctica clínica (GPC) es necesaria, ya que existe una gran variabilidad en la práctica clínica, incluso en comunidades geográficamente próximas, no explicables solo por las diferencias en las características de los pacientes o por sus propias preferencias. Esta variabilidad solo estaría justificada en determinados puntos del manejo de nuestros pacientes en los que la evidencia científica es débil. Sin embargo, no tiene sentido cuando las evidencias son claras y contundentes.

Estas guías, que se redactan por expertos o sociedades científicas, nos aportan recomendaciones para decidir sobre la atención sanitaria más apropiada en circunstancias clínicas concretas. La forma en la que se estructuran es la de un resumen que facilita la práctica y hace que no sea necesario que busquemos para cada uno de los apartados la evidencia disponible en la literatura. Se nos pone, por tanto, a nuestra disposición lo mejor de los estudios e investigaciones para que, junto a nuestra experiencia profesional, podamos utilizarlo según la disponibilidad de medios y las condiciones y circunstancias que rodean al paciente que vamos a atender, por lo que no puede criticarse a ningún cirujano por no seguir estrictamente sus recomendaciones. Para conocer la realidad del manejo de la patología analizada en la GPC deben realizarse encuestas entre los cirujanos.

Existen, básicamente, tres métodos para realizar guías: los métodos basados en la evidencia, la opinión de los expertos y los métodos de consenso. La mejor GPC es aquella que se fundamenta en la cirugía basada en la evidencia^{1,2} e incorpora los otros dos métodos³.

Las GPC basadas en la evidencia organizan la información válida y útil, pero fragmentada, en torno a un problema clínico específico. Pero no todo son bondades, pues se les ha criticado una tendencia a reducir la libertad clínica y a desdeñar la experiencia médica y a pasar por alto los aspectos emocionales, psicológicos, sociales y las preferencias del paciente. Asimismo, dan más valor a un tipo de estudios que a otros. Sin embargo, un estudio

de cohortes bien diseñado puede aportar mejor información que un ensayo clínico de baja calidad y un ensayo clínico aleatorizado de buena calidad puede tener más valor, incluso, que una revisión sistemática o un metaanálisis que analice ensayos clínicos heterogéneos o de baja calidad. Por difícil de entender que sea, hoy en día vemos metaanálisis que, analizando los mismos ensayos clínicos, nos dan conclusiones distintas.

Por múltiples motivos, la calidad de los ensayos clínicos aleatorizados en cirugía no suele ser muy alta. Es relativamente sencillo controlar la dosificación de un fármaco, pero hay múltiples variables que pueden afectar al resultado en cirugía (heterogeneidad en los tipos de intervenciones y procedimientos, experiencia del cirujano, imposibilidad de doble ciego, diferencias en el manejo y cuidado de los tejidos, etc.). Además, se añade la obligatoriedad de contratar carísimos seguros ante cualquier ensayo clínico, lo que obliga a necesitar ayuda económica de la industria, con lo que nos encontramos ante sesgos insalvables (incluido el sesgo de publicación si el resultado va en contra de los intereses de la empresa que nos patrocina el estudio).

Por todos estos motivos existen multitud de «lagunas de evidencia» en cirugía que suelen ponerse de manifiesto al redactar las GPC y que hacen que encontremos muchos conceptos que no están nada claros, que no son objetivos y hacen que le resten utilidad la guía.

Las opiniones de los expertos pueden ser útiles cuando la evidencia es muy débil. En ocasiones sus opiniones difieren y, actualmente, en las guías que se basan solo en la opinión de los expertos no existe ningún buen método para corregir las diferencias.

Los métodos de consenso (método Delphi, conferencia de consenso, etc.) pueden referirse solo al consenso de los expertos o incluir el consenso de otros implicados; entre ellos, los pacientes. Suelen ser rápidos y económicos. Su mayor utilidad es que permiten que la práctica sea uniforme, pero, por supuesto, la uniformidad de la práctica no significa necesariamente que coincida con la evidencia.

Hay que tener claro el sesgo que puede producirse a la hora de seleccionar a los expertos, ya que no se conocen métodos formales de selección de expertos al azar y, a menudo, los expertos se eligen según lo relevante que se consideren sus ideas o según su influencia en el campo o tema a consensuar.

Pueden generarse varios problemas, entre ellos: 1) selección de expertos con enfoques semejantes; 2) ausencia de expertos en metodología científica; 3) sesgo en la selección de las preguntas; 4) panelistas con vínculos con las empresas que financian las guías y que tienen intereses financieros en el tema a analizar (promedio del 75 %). Una proporción aún mayor de los paneles puede ser presidida por personas con conflictos de interés⁴; y 5) pocas GPC han hecho un esfuerzo internacional verdaderamente global, aunque cuando se analizan detenidamente se observa cierta desigualdad en el reparto de expertos por continentes⁵. Lo habitual es que cada sociedad científica nacional o internacional, incluso organizaciones gubernamentales, propongan sus propias guías clínicas.

Algunos autores e instituciones han realizado propuestas para reducir el número de expertos con conflictos de intereses, incorporar especialistas en metodología y añadir explícitamente las lagunas de conocimiento o las discrepancias entre panelistas⁶⁻⁸.

También existen herramientas para confeccionar una GPC, como el instrumento AGREE (Appraisal of Guidelines for REsearch & Evaluation), que evalúa el rigor metodológico y la transparencia en los que se desarrollan una GPC. El instrumento AGREE original ha sido refinado, lo que ha dado lugar al nuevo AGREE II, que evalúa la calidad de la guía, proporciona una estrategia metodológica para su elaboración y da la información de cómo se obtienen y cómo deben comunicarse las recomendaciones^{1,9}.

En mi opinión, los avances tecnológicos quirúrgicos han permitido unos beneficios clínicos indudables (por ejemplo, dispositivos de grapado, aparataje en la cirugía laparoscópica, prótesis de doble cara para su utilización intraabdominal o bioabsorbibles, etc.), pero últimamente estos avances no conllevan unos beneficios tan significativos para el paciente y se asocian con un aumento considerable de los recursos empleados (por ejemplo, procedimientos robóticos en patologías simples). Esta cuestión se explicaría por el hecho de haber alcanzado ya unos resultados realmente buenos (valga como dato la recidiva en la cirugía herniaria), por lo que pequeños avances en la calidad necesitan aumentos exagerados de recursos.

También es cierto que en los albores de la cirugía laparoscópica se cuestionó lo mismo, y el tiempo ha demostrado su utilidad en un buen número de patologías. Quizás aquí tenga cabida la frase de Voltaire «lo mejor es enemigo de lo bueno», dando a entender que en todo proceso se hace necesario encontrar un equilibrio razonable entre el objetivo pretendido y los recursos utilizados en su consecución.

Las continuas innovaciones tecnológicas pueden dificultar, en determinadas ocasiones, el cumplimiento de unas adecuadas curvas de aprendizaje. Existe una gran presión por innovar que nos afecta como cirujanos y en la que también están involucrados los pacientes, la industria sanitaria, los hospitales y los medios de comunicación.

El profesor Sitges-Serra ha acuñado el término *tecnolatría*, no sin generar gran controversia, como un autoimpuesto compromiso con la innovación continua dentro de una cultura industrial

dominada por la obsolescencia programada y el constante incremento de los beneficios previstos por las innumerables empresas que viven del mercado global de la salud¹⁰⁻¹³.

Existe una relación de dependencia recíproca entre los cirujanos y las empresas que nos suministran la tecnología que debe estar regida por la honestidad. Una valoración exhaustiva del coste/beneficio que evite el mercantilismo y el sobretratamiento debe ser imprescindible antes de instaurar nuevas aportaciones tecnológicas¹⁴.

Las GPC son el mejor instrumento científico del que disponemos en la actualidad para tomar las decisiones clínicas más adecuadas, pero su incumplimiento no debe llevar aparejada la posibilidad de implicaciones legales, ya que, como he intentado transmitirles, son el resultado de un proceso de elaboración complejo que puede verse influido por grupos de presión industrial y escuelas de pensamiento¹⁴.

Además, no podemos olvidar que los avances en la investigación pueden hacer que debamos cambiar nuestras decisiones y que, por desgracia, seguimos con un gran número de áreas de incertidumbre o «lagunas de evidencia»¹⁴. En el futuro tendremos que buscar mecanismos para que participe el usuario final y valorar el verdadero impacto de las GPC en los resultados sanitarios¹⁵.

Por último, y como la Sociedad Hispanoamericana de Hernia tiene presente, la diferencia de desarrollo en los países es muy importante aún, y muchas de las GPC más seguidas se elaboran en aquellos más avanzados, sin haber tenido en cuenta las demás realidades.

Salvador Pous-Serrano

Jefe de la Unidad de Cirugía de Corta Estancia y Pared Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia (España)

Correo electrónico: salvadorpous@gmail.com

2255-2677/© 2021 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Publicado por Arán Ediciones, S.L. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-SA (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>). <http://dx.doi.org/10.20960/rhh.00376>

BIBLIOGRAFÍA

1. López-Cano M. Cirugía basada en la evidencia y hernia incisional. *Rev Hispanoam Hernia*. 2013;1(1):18-26. DOI: 10.1016/S2255-2677(13)70005-7
2. López-Cano M. Cirugía basada en la evidencia y cirugía de la pared abdominal. Eventraciones y hernias primarias (epigástricas, Spiegelianas, lumbares, obturadoras, perineales) En: Carbonell Tatay F y Moreno Egea A. Eventraciones. Otras hernias de pared y cavidad abdominal. Valencia: Ed. Vimar; 2012. pp. 821-33.
3. Soria Aledo V, Carrasco Prats M. Guías de práctica clínica y vías clínicas. En: Aguiló Lucía J, Soria Aledo V. Guía de gestión clínica de cirugía. 2.ª ed. Asociación Española de Cirujanos. Madrid: Arán Editores; 2016. pp. 129-43.
4. Moynihan RN, Cooke GP, Doust JA, et al. Expanding disease definitions in guidelines and expert panel ties to industry: a cross-sectional study of common conditions in the United States. *PLoS Med*. 2013;10(8):e1001500. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001500

5. HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia*. 2018;22(1):1-165. DOI: 10.1007/s10029-017-1668-x
6. Institute of Medicine (US). Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. Graham R, Mancher M, Miller Wolman D, et al., eds. *Clinical Practice Guidelines We Can Trust*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011.
7. Lenzer J, Hoffman JR, Furberg CD, et al; Guideline Panel Review Working Group. Ensuring the integrity of clinical practice guidelines: a tool for protecting patients. *BMJ*. 2013;347:f5535. DOI: 10.1136/bmj.f5535
8. Creating trustworthy medical guidelines that we can all use and share [accessed September 4, 2020]. Available from: www.magiproject.org
9. The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation [acceso: 4 de septiembre de 2020]. Disponible en: www.agreetrust.org
10. Sitges-Serra A. Tecnología o tecnolatría: ¿hacia dónde van los cirujanos? *Cir Esp*. 2012;90:156-61. DOI: 10.1016/j.ciresp.2012.01.001
11. Targarona EM, Morales Conde S, Salvador Sanchis JL. ¿Tecnología, tecnolatría... o tecnofobia? *Cir Esp*. 2012;90(6):409-12. DOI: 10.1016/j.ciresp.2012.03.001
12. Sitges-Serra A. Respuesta del autor: ¿tecnología o tecnolatría? *Cir Esp*. 2012;90(6):409-13. DOI: 10.1016/j.ciresp.2012.04.001
13. Domínguez-Adame Lanuza E. Tecnología, tecnolatría, tecnofobia: una discusión fuera de lugar. *Cir Esp*. 2013;91(2):132. DOI: 10.1016/j.ciresp.2012.06.001
14. Sitges-Serra A. Clinical guidelines at stake. *J Epidemiol Community Health*. 2014;68(10):906-8. DOI: 10.1136/jech-2014-203862
15. Kredo T, Bernhardsson S, Machingaidze S, et al. Guide to clinical practice guidelines: the current state of play. *Int J Qual Health Care*. 2016;28(1):122-8. DOI: 10.1093/intqhc/mzv115