



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Editorial

Retos, evidencia, ética y cirujanos. Lecciones aprendidas de la evolución reciente de la cirugía colorrectal[☆]



Challenges, evidence, ethics and surgeons: Lessons learned from the recent evolution of colorectal surgery

Los retos del cirujano son cambiantes e ilimitados y tenemos grandes oportunidades de desarrollo. Las evidencias en las que basamos nuestras actuaciones son provisionales y exigen adaptación; sin embargo, el comportamiento ético debe guiarnos, y ante la avalancha de avances científicos, ser conscientes de que nuevos conocimientos supondrán nuevos retos que afrontar. En los próximos años va a cambiar la forma de entender la cirugía debido al impacto de la innovación, la indefinición de las fronteras de la especialidad y las necesidades de calidad asistencial, pero quienes deseen aventurarse en este «oficio» seguirán requiriendo de un modelo en quien confiar: de la figura de un mentor. No solo hay que aprender de la evidencia y de las herramientas tecnológicas, sino también de la experiencia. Aprovechar la ingente cantidad de información disponible, de las plataformas educativas que contribuyen a democratizar la formación; observar, reflexionar y preguntar para obtener respuestas. Con todo ello podremos edificar nuestro conocimiento, modelar nuestro criterio y seguir haciéndolo constantemente¹.

Para formarnos bien y adquirir autonomía hemos de tener pensamiento crítico. El éxito no se debe a unas capacidades innatas o a unas especiales habilidades, sino al esfuerzo y buena enseñanza. Además, la perseverancia y la pasión actúan como fuerza directora para lograr objetivos². El conocimiento médico crece cada vez más rápido, por lo que debemos centrarnos en obtener modelos que nos ayuden a tomar decisiones, pues el tratamiento por ensayo-error ha caducado³. A ello colaborará la inteligencia artificial, que nos enfrentará a problemas éticos ya que la medicina requiere de compasión y dedicación al paciente. Podemos aprender de las redes sociales, y en concreto de Twitter, aportando desde la experiencia, o planteando nuevos retos desde la juventud;

pensemos que amplifican información, permiten acceder a bibliografía, diseminar ideas, interactuar con expertos y contactar con otras audiencias⁴. Además, precisamos investigar. La investigación no es una opción, es el alma misma de la cirugía, y parte de la misión de mejorar los estándares de atención a los pacientes⁵.

La cirugía colorrectal muestra ejemplos de logros del cirujano. Salmon fundó en 1835 un dispensario quejándose de que no hubiese otra rama médica para la que se hubiesen dado menos facilidades. Su reto hizo que el Hospital de St. Mark's cambiase conceptos y actitudes, pero aún hoy no debemos banalizar procesos en los que actuaciones inadecuadas pueden producir trastornos más importantes que aquellos por los que nos consultaron; y la importancia del cirujano experto fue resaltada por Dukes cuando le preguntaron qué procedimiento elegiría si le tuviesen que operar de un cáncer de recto: «Yo no elegiría el procedimiento, sino el cirujano, y lo haría con gran cuidado»⁶, parafraseada por Wexner: «Elegiría al cirujano más que a los instrumentos» al referirse a las nuevas tecnologías, que –de momento– controla el ser humano⁷.

Necesitamos ser honestos, tratar personalmente a los pacientes, trabajar con humildad y atemperar nuestro *ego*⁸. También ser curiosos, manteniendo una duda razonable, así como afrontar con coraje situaciones difíciles. Debemos mejorar nuestras habilidades y dominar las nuevas tecnologías antes de aplicarlas en la práctica; se requiere un balance entre ellas y el sentido común, buscando beneficiar a los pacientes y no el reconocimiento. Es necesario trabajar en equipo, aceptar ideas de otros, desarrollar nuestra propia identidad involucrándonos en la sociedad científica y abrir la mente: nada es peor que «esto siempre lo he hecho así».

[☆] Artículo basado en la conferencia de nombramiento como Miembro de Honor de la AEC. Madrid, 13 de noviembre de 2018.

Nuestro pensamiento crítico nos debe hacer no aceptarlo todo sin un análisis previo. ¿Recuerdan la fascinación de la introducción del stapler para tratar las hemorroides? La evidencia la atemperó y muchos jóvenes ni saben lo que es. Por el contrario, se pierde la cirugía reparadora del suelo pélvico y los esfínteres anales en favor de tecnologías, algunas sin efectividad acreditada, que requieren menos dominio anatomotécnico. Sopesemos nuestra actuación: la elección técnica no debe ir únicamente en función del abordaje; recordemos al operar un cáncer de recto bajo que el objetivo es satisfacer las expectativas del paciente con la mínima morbilidad⁹, y cuando no podamos disecarlo bien o hacer un correcto grapado por vía laparoscópica, pensemos que la alternativa no es amputar el recto de forma mínimamente invasiva, ni convertir cuando ha ocurrido un accidente, ni arriesgar la supervivencia del paciente por sentirnos satisfechos: «Las decisiones son más importantes que las incisiones».

Aprovechemos las oportunidades y descubramos nuestras capacidades innatas, para lo que es fundamental un apoyo que nos haga ver nuestro potencial¹⁰. Somos líderes por la capacidad de tomar decisiones rápidamente o mantenernos en calma en situaciones estresantes¹¹; además, podemos enfrentar las guías basadas en la evidencia con las basadas en la experiencia, pues la práctica es demasiado compleja para ajustarse a una guía¹². Pero ni el líder está exento, si su comportamiento es ético, de pasar noches sin dormir; todos podemos tener complicaciones¹³. Nunca hemos de ser complacientes y debemos redefinir nuestros propósitos para evitar que la cirugía sea solo un trabajo. Y auditarnos, porque solo se pueden mejorar nuestros resultados si los conocemos. Pensemos en la dificultad que supuso tambalear tradiciones como las sondas y los drenajes rutinarios o el ayuno prolongado posquirúrgico¹⁴. Cuestionando sus cimientos, mejoramos.

Así, se cambiaron tendencias y enlazaron conocimientos. Miles describió en 1923 la mejor operación para el cáncer de recto. Luego se introdujeron las grapadoras, pero costó afianzar la cirugía preservadora de esfínteres, que se creía tenía un peor resultado oncológico. Contribuciones fundamentales fueron el énfasis en la cirugía de detalle; en el margen circunferencial, la estadificación adecuada, el abordaje mínimamente invasivo, la terapia multidisciplinar e incluso el planteamiento de un tratamiento no operatorio. ¡Qué vertiginosa evolución en un siglo!

Recordemos también que podemos ofrecer nuestra ayuda a quienes más lo necesitan dejando el bienestar en que nos arropamos: «Muchos, dando poco, pueden hacer cosas extraordinarias»¹⁵ y llegado el momento, compartir con los jóvenes la perspectiva que ofrece la experiencia vital del conocimiento del péndulo de la «verdad» científica actuando como modelos y motivadores.

En conclusión, aprovechemos las oportunidades que ofrecen los avances que van a hacer cambiar nuestra forma de entender la cirugía. El futuro no esperará a nadie, está aquí ahora, y la tecnología y la innovación son muy importantes,

pero la ilusión, la dedicación y los valores morales lo son más. Las unas deben ir de la mano de las otras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Buie WD. Acquiring surgical knowledge: Sound methodology and transparent reporting. *Dis Colon Rectum*. 2017;60:565-6.
2. Sun RC, Smelser W, Vandjelovic N, Kauffman JD. Developing surgical autonomy through character development: Self-efficacy, grit, and resilience. *Bull Am Coll Surg*. 2018;103:30-4.
3. Targarona EM. Big data y cirugía: la revolución digital continúa. *Cir Esp*. 2018;96:247-9.
4. Logghe HJ, Pellino G, Brady R, McCoubrey AS, Atallah S. How Twitter has connected the colorectal community. *Tech Coloproctol*. 2016;20:805-9.
5. Mortensen NJ. Chairman's introduction. En: *Surgical Research Report 2017-18*. London: Royal College of Surgeons of England; 2018: 4-5.
6. Greenshaw L. St Mark's Hospital. A social history of a specialised hospital. Oxford University Press: Filey, UK. 1985.
7. Mirzenami R, Ahmed A. Surgeon 3.0, artificial intelligence and the next-generation surgeon. *Br J Surg*. 2018;105:463-5.
8. Roberts P. The joys of a surgical career. Disponible: https://www.fascrs.org/sites/default/files/downloads/publication/presidential_address_roberts_7.21.2017.pdf
9. Aigner F. PROMS and LARS - Will functional outcomes trump cancer survival? Rectal cancer surgery has focussed on local recurrence and cancer survival. Will patient choice drive the options in the future? *Colorectal Dis*. 2018;20:93.
10. Billingham RP. Serendipity, humility, and Dumbo's feather. *Dis Colon Rectum*. 2004;47:661-4.
11. De Santibañes E, Cano V, Pellegrini CA. Excellence in surgery: Becoming the "best" you can be. *Bull Am Coll Surg*. 2018;104:10-6.
12. Gabbay J, le May A. Mindlines: Making sense of evidence in practice. *Br J Gen Pract*. 2016;66:402-3.
13. Schein M, Rogers PN, Leppäniemi A, Rosin D. Schein's common sense. Prevention and management of surgical complications. For surgeons, residents, lawyers and even those who never have any complications, 2nd ed. Shrewsbury, UK: tfm Publishing Limited. 2014.
14. Morris ZS, Wooding S, Grant J. The answer is 17 years, what is the question: Understanding time lags in translational research. *J R Soc Med*. 2011;104:510-20.
15. Ferrer V. El poder de la acción. Barcelona: Planeta. 2012.

José Vicente Roig Vila
Unidad de Coloproctología, Centro Europeo de Cirugía Colorrectal,
Hospital Vithas-Nisa 9 de Octubre, Valencia, España

Correo electrónico: roigvila@telefonica.net

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2019.03.017>
0009-739X/

© 2019 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.