

CARTA AL EDITOR

Dr. Julio Yarmuch G.
Editor
Revista Chilena de Cirugía
Presente

Estimado Dr. Yarmuch:

Hemos leído con detención la carta enviada por el Dr. Attila Csendes¹ en relación a nuestro artículo publicado en abril del presente año en su revista². Nos alegra enormemente generar discusión en la comunidad médica sobre un tema frecuente y relevante como lo son los exámenes preoperatorios. Además, nos complace conocer la opinión sobre el tema de un cirujano de renombre a nivel nacional e internacional.

Respecto de las opiniones e interrogantes planteadas por el Profesor Csendes, nos gustaría aclarar lo siguiente:

1.- ¿A qué cirugía electiva nos referimos? Cualquier cirugía electiva de riesgo bajo o moderado, independiente del sistema u órgano intervenido. Queremos aclarar que *cirugía electiva* es toda aquella intervención quirúrgica que puede programarse y prepararse, permitiéndonos lograr las mejores condiciones para realizar el procedimiento. Al redactar nuestro artículo pensamos en todos los hospitales y clínicas de nuestro país y no sólo en los grandes centros quirúrgicos. Muy probablemente, los recursos de los hospitales públicos chilenos son significativamente menores que los centros mencionados por el Dr. Csendes, debiendo optimizarse al máximo la evaluación preoperatoria. Está demostrado que una buena evaluación preoperatoria podría reducir hasta casi un 60% los gastos asociados a la solicitud de exámenes preoperatorios^{3,4}, como también permitiría disminuir el número de cirugías suspendidas^{4,5}, sin comprometer el buen desenlace médico de los pacientes. Entonces, el foco debe estar en una óptima evaluación preoperatoria, basada en una historia clínica y examen físico completos, desde los cuales surgirá la eventual necesidad de solicitar exámenes preoperatorios e interconsultas complementarios, si es necesario.

Estamos de acuerdo con el Dr. Csendes que la edad de los pacientes quirúrgicos es significativamente mayor que hace tres décadas y que, teóricamente, podríamos encontrar más pacientes adultos mayores con patología asintomática. Creemos que una buena historia clínica y un examen físico completo podrían detectar muchas de estas patologías supuestamente asintomáticas, más que la solicitud de exámenes generales como tamizaje, los cuales de-

berían ser complementarios a los hallazgos encontrados. Respecto a la solicitud de exámenes preoperatorios de tamizaje, ¿qué patologías deberíamos indagar activamente?, ¿cómo buscarlas? Pensamos que el costo económico de realizar estas intervenciones sería muy alto para el paciente (o la institución que lo cobija), además de agregarle un riesgo innecesario debido a las molestias y eventuales complicaciones secundarias que algunos exámenes implican, como por ejemplo reacciones alérgicas a medios de contraste radiológico⁶. Además, todos los exámenes preoperatorios poseen su propia sensibilidad y especificidad, por lo que ninguno de ellos es infalible para detectar o descartar patologías concomitantes, lo que podría llevar a falsos diagnósticos de patologías o peor aún, a no detectar alguna de ellas⁷.

En pacientes sobre 50 años, ¿basta sólo con un electrocardiograma? Tal como lo planteamos en nuestro artículo, si el paciente de 50 años es de bajo riesgo (sano, asintomático y con historia clínica y examen físico dentro de rangos normales) bastaría sólo con este examen². Está demostrado que un hemograma/VHS de rutina no cambia el plan anestésico ni detecta nuevas patologías en pacientes de bajo riesgo⁸. Lo mismo ocurre con exámenes de función renal (creatininemia/BUN)⁹, glicemia¹⁰ y pruebas de coagulación¹¹. Por lo tanto, creemos que sí bastaría sólo con solicitar un electrocardiograma en este tipo de pacientes ya que aproximadamente un cuarto de los adultos mayores presentan cardiopatía coronaria silente⁴. En 1991 Narr y cols, concluyeron que no hay cambios en la morbilidad perioperatoria al omitir los exámenes de rutina en pacientes ASA I sometidos a una cirugía electiva¹². En pacientes ASA II a V o sintomáticos, obviamente hay que solicitar exámenes complementarios de acuerdo a la(s) patología(s) concomitante(s) y gravedad del paciente. Así mismo, debe realizarse un estudio rutinario específico de acuerdo al órgano intervenido.

2.- Respecto al eventual fracaso que un paciente y/o su cirujano pudiesen tener en una intervención quirúrgica, pensamos que ningún examen preoperatorio de rutina puede garantizarnos 100% de éxito y 0% de morbilidad. Es más, aún teniendo una evaluación preoperatoria óptima y con exámenes de rutina normales, el fracaso igual podría ocurrir. La colecistectomía laparoscópica es una de las intervenciones quirúrgicas más comunes de nuestro país. En el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile se puede observar un 2% de complicaciones postoperatorias en esta cirugía, siendo las más frecuentes infección de herida operatoria y neu-

monía¹³, similar a lo descrito para cirugía colorrectal laparoscópica¹⁴ y by-pass gástrico laparoscópico¹⁵. Son complicaciones que pueden ser evitadas con una técnica aséptica adecuada y profilaxis antibiótica efectiva, entre otras medidas. Ciertas cirugías tienen una incidencia significativa de trombosis venosa profunda postoperatoria, como la artroplastia total de cadera¹⁶, complicación que puede ser prevenida con deambulación precoz postoperatoria, medias antitrombóticas, compresión neumática intermitente, entre otras. Pensamos que los exámenes preoperatorios de rutina tienen un rol muy menor en prevenir estas complicaciones postoperatorias, siendo mucho más significativo aplicar las medidas de prevención previamente descritas.

3.- Aproximadamente 7% de los médicos estadounidenses sufren alguna demanda médica cada año, alcanzando cifras cercanas al 20% en neurocirugía y cirugías cardiotorácicas¹⁷. Las razones por las que los pacientes interponen una demanda médica no están determinadas sólo por el daño causado, sino por la pobre comunicación médico-paciente y la insensibilidad del especialista respecto al sufrimiento del enfermo¹⁸. Está demostrado que la mejor forma de evitar demandas médicas es entregando información adecuada y oportuna al paciente, con un trato amable y cordial, y siguiendo correctamente las guías clínicas actualmente disponibles^{19,20}. Aquella práctica de la medicina que se realiza diligentemente, de acuerdo a los estándares nacionales e internacionales que dicta la comunidad médica y considerando lo establecido por la *Lex Artis Medica* no puede ser calificada como una negligencia médica. La *Lex Artis Medica* o “estado del arte médico” es el conjunto de normas o criterios valorativos que el médico en posesión de conocimientos, habilidades y destrezas debe aplicarlos diligentemente en la situación concreta de un paciente y que han sido universalmente aceptadas por sus pares. Creemos que si el cirujano actúa de acuerdo a la evidencia médica disponible, como la que mostramos en nuestra revisión, lo está haciendo conforme a la *Lex Artis Medica* y estaría debidamente protegido ante una eventual demanda judicial.

Nuestra intención es colaborar con el equipo quirúrgico, entregando herramientas que faciliten y optimicen la evaluación preoperatoria. No queremos que cirugías electivas de bajo riesgo sean suspendidas porque los pacientes no tienen ciertos exámenes de rutina, los cuales no cambiarán significativamente las técnicas anestésicas y quirúrgicas, el manejo perioperatorio y el resultado final del acto quirúrgico. Nuestro llamado es a realizar una selección juiciosa de los exámenes preoperatorios a solicitar, teniendo presente la mejor evidencia que avale nuestro

quehacer médico, para otorgar un mejor cuidado del paciente y con un menor costo para el sistema de salud.

Atentamente,

Dr. Claudio Nazar J. y cols.

Escuela de Medicina

Facultad de Medicina

Pontificia Universidad Católica de Chile

Referencias

1. Csendes A. Carta el editor. *Rev Chil Cir.* 2014;66:394-5.
2. Nazar J C, Bastidas E J, Lema F G. Exámenes preoperatorios de rutina en cirugía electiva: ¿cuál es la evidencia? *Rev Chil Cir.* 2014;66:188-93.
3. Fischer SP. Development and effectiveness of an anesthesia preoperative evaluation clinic in a teaching hospital. *Anesthesiology.* 1996 ;85:196-206.
4. Hepner DL. The role of testing in the preoperative evaluation. *Cleveland Clinic journal of medicine.* (Case Reports Review]. 2009;76 Suppl 4:S22-7.
5. Thanh NX, Rashiq S, Jonsson E. Routine preoperative electrocardiogram and chest x-ray prior to elective surgery in Alberta, Canada. *Canadian journal of anaesthesia = Journal canadien d'anesthésie.* [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2010;57:127-33.
6. Palmiere C, Comment L, Mangin P. Allergic reactions following contrast material administration: nomenclature, classification, and mechanisms. *International journal of legal medicine.* [Review]. 2014;128:95-103.
7. Altman DG, Bland JM. Diagnostic tests. 1: Sensitivity and specificity. *BMJ.* 1994;308(6943):1552.
8. Gnocchi C, Risso J, Khoury M, Torn A, Noel M, Baredes N, et al. Application of a preoperative evaluation model in patients undergoing elective abdominal surgery. *Medicina* 2000;60:125-34.
9. Soares DdS, Brandão RRM, Mourão MRN, Azevedo VLFd, Figueiredo AV, Trindade ES. Relevância de exames de rotina em pacientes de baixo risco submetidos a cirurgias de pequeno e médio porte. *Revista Brasileira de Anestesiologia.* 2013;63:197-201.
10. Smetana GW, Macpherson DS. The case against routine preoperative laboratory testing. *The Medical clinics of North America.* [Review]. 2003;87:7-40.
11. Johansson T, Fritsch G, Flamm M, Hansbauer B, Bachofner N, Mann E, et al. Effectiveness of non-cardiac preoperative testing in non-cardiac elective surgery: a systematic review. *Br J Anaesth.* [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. 2013;110:926-39.
12. Narr BJ, Hansen TR, Warner MA. Preoperative laboratory screening in healthy Mayo patients: cost-effective elimination of tests and unchanged outcomes. *Mayo Clinic proceedings* 1991;66:155-9.
13. Ibáñez L, Escalona A, Devaud N. Colectectomía

- laparoscópica: experiencia de 10 años en la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Rev Chil Cir.* 2007;59:10-5.
14. Kirchhoff P, Dincler S, Buchmann P. A multivariate analysis of potential risk factors for intra-and postoperative complications in 1,316 elective laparoscopic colorectal procedures. *Annals of Surgery.* 2008;248:259-65.
 15. Stenberg E, Szabo E, Agren G, Naslund E, Boman L, Bylund A, et al. Early Complications After Laparoscopic Gastric Bypass Surgery: Results From the Scandinavian Obesity Surgery Registry. *Ann Surg.* 2013 Dec 26. [Epub ahead of print].
 16. Bozic KJ, Ong K, Lau E, Kurtz SM, Vail TP, Rubash HE, et al. Risk of complication and revision total hip arthroplasty among Medicare patients with different bearing surfaces. *Clinical orthopaedics and related research.* [Comparative Study]. 2010;468:2357-62.
 17. Achar S, Wu W. How to reduce your malpractice risk. *Family practice management.* 2012;19:21-6.
 18. Vincent C, Young M, Phillips A. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet.* [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 1994;343(8913):1609-13.
 19. Bruguera M, Arimany J, Bruguera R, Barberia E, Ferrer F, Sala J, et al. [Guideline to prevent claims due to medical malpractice, on how to act when they do occur and how to defend oneself through the courts]. *Revista Clínica Espanola.* [Guideline]. 2012;212:198-205.
 20. Domino J, McGovern C, Chang KW, Carlozzi NE, Yang LJ. Lack of physician-patient communication as a key factor associated with malpractice litigation in neonatal brachial plexus palsy. *Journal of neurosurgery Pediatrics* 2014;13:238-42.