PRÓLOGO

En años recientes han ocurrido cambios trascendentales en la forma en que se conducen los procesos terapéuticos de la asistencia médica. De una Medicina basada en el libre albedrío del médico, unido a su experiencia y una singular (y por ello irreplicable) percepción de los determinantes del cuadro de salud del enfermo (lo que muchos denominarían como “ojo clínico”), se ha transitado hacia una prestación asistencial más homogénea en su enfoque y objetivos, diseñada para beneficiar a grandes mayorías de enfermos, y a la vez, que pueda ser entendida y administrada por los varios (y a veces más numerosos de lo que podría admitirse) médicos que participan y se involucran en la atención del paciente, incluso más allá de las fronteras locales de la actuación asistencial. Se ha llegado entonces a la era de la “Medicina Basada en la Evidencia”, y con ella, una nueva manera de asumir el ejercicio asistencial.¹⁻²

No me detendré en los *pros* y los *contras* de este paradigma, pues remito al lector interesado a textos complementarios que le permitirán forjarse su propia opinión.³⁻⁴ Lo cierto es que han quedado atrás aquellas épocas en la que se defendía la individualidad y la soberanía del médico en la toma de decisiones sobre el mejor tratamiento de su paciente bajo lemas consagrados por la impronta de generaciones precedentes tales como: “La Medicina es un arte”, o “Cada médico tiene su librito”. Por el contrario, hoy se insiste en que todos los médicos compartan el mismo “librito”, independientemente de sus posturas y actitudes filosóficas en este diferendo.

Como expresión de lo anterior, se han constituido grupos de expertos que se han dado a la tarea de definir, amparándose en las evidencias acumuladas en la literatura biomédica (y esta palabra “evidencia” encierra una doble acepción: aquello que se ha hecho y ha dado resultados, y aquello que se ha hecho y no ha dado resultados) sobre las mejores actuaciones y tratamientos a administrar al enfermo en situaciones especificadas. De la actividad de estos grupos de expertos han emergido documentos (que se pretenden “rectores”) que, bajo distintos nombres (“consensos”, “guías prácticas”, “recomendaciones”, “pautas de actuación”, “normas”, entre otras), se asume sintetizan la experiencia atesorada en cada una de tales, y provean entonces consejos sobre cómo actuar en el interés superior del enfermo, primero (y ante todo); y para contener costos e incrementar la calidad asistencial percibida, después.

Al final, detractores y promotores de la MBE podrían tener razón en cuanto a que, en el momento actual, con la explosión ocurrida en la generación y la difusión del conocimiento biomédico, la extraordinariamente amplia, disímil y ubicua disponibilidad de drogas, medicamentos, tecnologías, equipamientos y recursos; y las necesidades diversas (y muy individuales) de los enfermos; se hace necesario organizar coherentemente todos los resultados que se reportan en las distintas fuentes literarias para saber qué hacer en cada momento, cómo hacerlo, qué resultado anticipar, y cómo medir el impacto terapéutico.

En ningún campo de la Medicina estas son tareas tan impostergables como en el de la Nutrición clínica y hospitalaria, la Nutrición artificial, y el apoyo nutricional. Si aceptamos que estas especialidades se constituyeron como tales tras el ensayo revelador del Dr. Butterworth⁵ (aunque también debería reconocer que desde la observación del Dr. Studley⁶ sobre el impacto negativo de la pérdida de peso en la gastrectomía electiva muchos médicos y cirujanos se

encontraban inmersos en el estudio del metabolismo en distintas situaciones clínico-quirúrgicas, y la respuesta del organismo al trauma y la injuria⁷⁻¹³), entonces en apenas 40 años todos hemos asistido a un desarrollo tan vertiginoso de las mismas que no podemos evitar que nos atravesen sentimientos encontrados de confusión y abandono, a la vez que de asombro y deslumbramiento, ante cada (¿nueva?) revelación que sale del proceso de investigación + desarrollo, lo cual ciertamente entorpecería nuestro desempeño como nutricionistas.

Luego, es más que oportuna la colocación en este suplemento de la RCAN Revista Cubana de Alimentación y Nutrición de un “Consenso para el abordaje nutricional en el paciente críticamente enfermo”, redactado por profesionales y expertos de 2 importantes organizaciones médicas de la Argentina que han unido fuerzas para tan relevante empeño: la Asociación Argentina de Nutrición Enteral y Parenteral (AANEP) y la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI).

Este documento examina 15 tópicos urgentes en la actuación nutricional, y en consecuencia, propone recomendaciones y pautas basadas en una revisión exhaustiva de +200 referencias bibliográficas dispersas en más de 50 contenedores. Por otro lado, el grupo responsable de la redacción de este consenso ha estudiado críticamente los contenidos incluidos en guías prácticas avanzadas por 6 sociedades médicas de alcance global que se han verticalizado en la prestación de cuidados alimentarios y nutricionales y/o la atención del paciente en condiciones críticas; y han sugerido cómo introducirlos en la realidad asistencial de nuestra área geográfica. La resultante de todo este esfuerzo (que consumió 6 años) es un documento abarcador que debería servir como guía en la toma de decisiones complejas llegado el momento de iniciar un esquema de soporte nutricional en el paciente crítico, a la vez que un medidor del impacto de la actuación del grupo básico de trabajo.

En este punto, no debo dejar pasar por alto el esfuerzo conducido en su tiempo por la Sociedad Cubana de Nutrición Clínica y Metabolismo (SCNCM) que cristalizó en el texto “Medicina Intensiva. Nutrición del paciente crítico”,¹⁴ y que constituyó un notable logro de actualización e integración del conocimiento en terapia nutricional en nuestro país.

Solo me quedaría llamar la atención sobre un aspecto que (he visto y comprobado) es común de las guías prácticas que se proponen dentro de este movimiento de la MBE: muchas de las recomendaciones que se incluyen en un consenso de expertos están respaldadas por evidencias a lo sumo “B”, esto es: aquellas reunidas tras el completamiento de ensayos *quasi*-experimentales, estudios observacionales y el análisis retrospectivo de series longitudinales de enfermos compensado mediante contrastes controles *vs.* casos.

Las evidencias grado “A” (que marcarían la verdad última en un diferendo médico) solo pueden obtenerse mediante ensayos clínicos conducidos “a ciegas”, controlados con placebo, aleatorizados, y con intercambio de tratamientos (lo que se denomina el efecto “cross-over”). Y he aquí el talón de Aquiles de la MBE: si bien deseable por la comunidad médica y científica, la conducción de tales ensayos es hartamente compleja, engorrosa, dilatada en el tiempo, y costosa; y por consiguiente, solo al alcance de grandes conglomerados I + D. Pero si ello no bastara, en aquellas instancias en que se han podido culminar, algunos ensayos clínicos han devuelto resultados totalmente contrarios a los anticipados por los investigadores. Solo podría decirse ante casos como éstos que, en muchas ocasiones, lo que luce muy bien en un papel no tiene por qué observarse en la realidad asistencial.

Tampoco éste es momento de discurrir sobre los *pros* y los *contras* de los ensayos clínicos controlados.¹⁵⁻¹⁷ Pero concluyo este prólogo con una observación que mueve a la ironía: al final de todo, la MBE es aquella que descansa sobre el buen juicio del médico y el sentido común (aunque éste sea el menos común de los sentidos).

Dr. Sergio Santana Porbén.
Editor-Ejecutivo
RCAN Revista Cubana de Alimentación y Nutrición

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Davidoff F, Haynes B, Sackett D, Smith R. Evidence based medicine. *BMJ Br Med J* 1995; 310(6987):1085.
2. Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. *EBM Evidence Based Medicine* 2002;7:36-8.
3. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ Br Med J* 1996;312(7023):71-2.
4. Naylor CD. Grey zones of clinical practice: Some limits to evidence-based medicine. *The Lancet* 1995;345(8953):840-2.
5. Butterworth Jr CE. The skeleton in the hospital closet. *Nutrition Today* 1973;9:4-8. Reimpreso después en: *Nutrition* 1994;10:435-41; y *Nutrición Hospitalaria (España)* 2005; 20:298-309.
6. Studley HO. Percentage of weight loss. A basic indicator of surgical risk in patients with chronic peptic ulcer *JAMA* 1936;106(6):458-60. Reimpreso en: *Nutrición Hospitalaria (España)* 2001;16(4):140-3.
7. Cannonn PR, Wissler RW, Woolridge RL, Benditt EP. The relationship of protein deficiency to surgical infection. *Ann Surg* 1944;120:514-25.
8. Rhoads JJ, Alexander CE. Nutritional problems of surgical patients. *Ann NY Acad Sci* 1955; 63:268-75.
9. Cuthbertson DP. The disturbance of metabolism produced by bony and non-bony injury, with notes on certain abnormal conditions of bone. *Biochem J* 1930;24:1244.
10. Cuthbertson DP. Further observations on the disturbance of metabolism caused by injury, with particular reference to the dietary requirements of fracture cases. *Brit J Surg* 1936; 23:505-20.
11. Cuthbertson D, Tilstone WJ. Metabolism during the postinjury period. *Adv Clin Chem* 1969;12(1):7-14.
12. Cuthbertson DP. The metabolic response to injury and its nutritional implications: Retrospect and prospect. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 1979;3:108-29.
13. Moore FD, Ball MR. The metabolic response to surgery. Charles Thomas Publishing House. Springfield, Illinois: 1952.
14. Santana Porbén S. Medicina Intensiva. Nutrición del paciente crítico. Editor: David León Pérez. Editorial Ciencias Médicas. La Habana: 2014 [Crítica literaria]. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2014;24:154-5.

15. Jüni P, Altman DG, Egger M. Assessing the quality of controlled clinical trials. *BMJ Br Med J* 2001;323(7303):42.
16. Bajard A, Chabaud S, Pérol D, Boissel JP, Nony P. Revisiting the level of evidence in randomized controlled clinical trials: A simulation approach. *Contemporary Clinical Trials* 2009;30:400-10.
17. Wood L, Egger M, Gluud LL, Schulz KF, Jüni P, Altman DG; *et al.* Empirical evidence of bias in treatment effect estimates in controlled trials with different interventions and outcomes: Meta-epidemiological study. *BMJ Br Med J* 2008;336(7644):601-5.