



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Cartas al Director

¿Tecnología, tecnolatría... o tecnofobia?

Technology, technophilia... or technophobia?

Sr. Director:

Hemos leído con interés y cierta perplejidad el artículo del Prof. A. Sitges, publicado recientemente¹. Con su exquisita y acerada prosa, el Prof. Sitges denuncia diversos aspectos consecuencia del impacto de los rápidos avances tecnológicos ocurridos en los últimos años sobre la práctica quirúrgica, cuestionando el impacto positivo de dichos avances en nuestra práctica diaria, y pormenoriza los «efectos colaterales» o «indeseables» consecuencia de su utilización mediaticada o interesada por el colectivo quirúrgico. Para ello, el Prof. Sitges utiliza como modelo la cirugía laparoscópica. Si bien menciona de pasada y en una sola frase «...las ventajas de la cirugía laparoscópica cuando se indica correctamente...», inmediatamente arremete en su contra mediante una serie de argumentos absolutamente sesgados o basados en información parcial, que creemos que no corresponden con la realidad, o al menos, con la de los grupos interesados en este tipo de cirugía que han intentado que su implementación fuera segura, equitativa y basada en evidencias. El objetivo de esta carta es rebatir algunas de dichas informaciones y permitir al lector tener una información más adaptada a la realidad.

1) El Prof. Sitges cuestiona la colecistectomía laparoscópica y la equipara a la minicolectomía. Además de la referencia citada por el Prof. Sitges, existen otros estudios y metaanálisis que confirman las ventajas del abordaje laparoscópico respecto a la minicolectomía^{2,3}. Sirva además, como ejemplo de la aplicabilidad de dicha técnica, los resultados de su implementación en un país europeo, Dinamarca, a través de su registro nacional publicado recientemente, con más de 20.000 casos recogidos durante tres años y que confirman la eficacia y seguridad de este procedimiento: estancia media de 1,5 días, 7% de conversión, y 37% de ambulatorización, incluyendo una cifra de lesión quirúrgica de la vía biliar menor del 0,2%, y similar a la cirugía abierta⁴. Por otra parte y con la máxima

sinceridad, poner en duda el interés clínico de la colecistectomía laparoscópica 25 años después de su implementación supone un ejemplo de presbicia quirúrgica.

- 2) El autor cuestiona y pone en duda el interés del NOTES y SILS. Es verdad que en la sociedad de la información actual, la inmediatez en el acceso y diseminación de la información, el uso interesado de estas técnicas en promoción personal y la avidéz periodística de nuevas noticias ha hipertrofiado la realidad. Vale la pena que el lector interesado se informe con detalle de lo que existe detrás del proyecto NOSCAR y encontrará un modelo de desarrollo de innovación tecnológica en el que priman la seguridad del paciente y el avance científico sobre la promoción personal o el aventurismo tecnológico⁵.
- 3) El Prof. Sitges enuncia un listado de efectos colaterales, algunos de ellos atinados, y que la recesión económica obliga a reevaluar (puntos 1, 2, 3, 9), mientras que otros son absolutamente subjetivos (puntos 4, 5, 6, 7, 8), y otros son problemas inevitablemente asociados a la cirugía endoscópica, de incidencia excepcional^{6,7}, o son aspectos que no deben utilizarse, porque son simplemente ilegales (punto 12).
- 4) El autor comenta el posible impacto de los protocolos «fast-track» como alternativa al abordaje laparoscópico. Simplemente, cabe mencionar el estudio LAFA que demuestra de forma concluyente la sinergia mínimamente invasiva del protocolo «fast-track» al abordaje laparoscópico^{8,9}.
- 5) El Prof. Sitges incide en un tema realmente actual, consecuencia sin duda de la mayor tecnificación de la cirugía, como corresponde a la interrelación entre la industria y los posibles conflictos de interés del colectivo quirúrgico, tanto en el desarrollo de estudios, presentaciones a congresos o incluso en su organización^{10,11}. Los firmantes de esta carta, involucrados durante los últimos 12 años en el desarrollo del programa científico de diversos congresos tanto a nivel nacional como internacional, podemos asegurar que no ha existido ningún tipo de influencia de la industria sobre las ponencias, cursos o

debates en relación con la cirugía endoscópica a nivel de la AEC.

- 6) El Prof. Sitges cuestiona la calidad de la «promoción académica» mediada por los avances tecnológicos. Invitamos al lector a explorar los CV de cirujanos académicos con interés en cirugía mínimamente invasiva como A. Cuschieri, J. Marescaux, L. Swanstrom, A. Park, J. Peters, J. Hunter, N. Soper, etc., y a evaluar la calidad e interés científico y práctico de sus contribuciones académicas.
- 7) No nos atreveríamos a considerar a los pacientes actuales presuntos «papanatas». El paciente actual está mejor informado, y prevalece un sentimiento natural de apreciar un balance entre la mínima invasión y la seguridad⁶.
- 8) El Prof. Sitges pone en duda la formación de los residentes y la necesidad de entrenamiento en técnicas abiertas. En el momento actual el abordaje de elección para ciertos procedimientos es el laparoscópico, y los residentes lo aprenderán de este modo ya que se debe aplicar la técnica más adecuada para aquella enfermedad. Sin embargo, y con la experiencia conjunta en la formación de múltiples generaciones de residentes, la formación en cirugía endoscópica no impide la adecuada formación en cirugía «abierta». A la vez, para garantizar la adecuada formación en cirugía endoscópica, desde la Sección de Cirugía Endoscópica de la AEC se están llevando a cabo cursos de formación básica y avanzada, con la intención de que no exista la curva de aprendizaje, o minimizarla en el desarrollo de estas técnicas.

Lo realmente importante es buscar y proponer soluciones, algo que el Prof. Sitges no aporta después de descalificar totalmente el sistema. Las soluciones se basan en una sólida base educativa en el estudiante de medicina y en el cirujano formado¹² sobre investigación, evaluación y crítica de nuevos procedimientos. También es imprescindible la diseminación, conocimiento y exigencia de metodología consensuada por parte de investigadores, agencias de evaluación, comités de investigación hospitalarios y equipos de redacción de revistas científicas^{7,13}. Estamos de acuerdo con el Prof. Sitges en la necesidad de una postura ética por parte de los cirujanos y los medios de comunicación en la diseminación de novedades e innovaciones quirúrgicas de una forma veraz y con utilidad pública real, sin desorientar ni crear falsas esperanzas. La actual crisis económica obligará inevitablemente a contraer y racionalizar gasto y procedimientos¹⁴ aunque continuemos manteniendo un objetivo final, tal vez ingenuo e utópico, pero que justifica el hecho de ser cirujanos, en el sentido de minimizar el dolor y el sufrimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sitges-Serra A. Tecnología o tecnolatría: ¿hacia dónde van los cirujanos? *Cir Esp.* 2012;90:156-61.

2. Purkayastha S, Tilney HS, Georgiou P, Athanasiou T, Tekkis PP, Darzi AW. Laparoscopic cholecystectomy versus mini-laparotomy cholecystectomy: a meta-analysis of randomised control trials. *Surg Endosc.* 2007;21:1294-300.
3. Keus F, Wetterslev J, Gluud C, Gooszen HG, Van Laarhoven CJ. Trial sequential analyses of meta-analyses of complications in laparoscopic vs. small-incision cholecystectomy: more randomized patients are needed. *J Clin Epidemiol.* 2010;63:246-56.
4. Harboe KM, Bardram L. The quality of cholecystectomy in Denmark: outcome and risk factors for 20,307 patients from the national database. *Surg Endosc.* 2011;25:1630-41.
5. Targarona EM. N.O.T.E.S. ¿Que hemos aprendido? *Cir Esp.* 2012;90:1-3.
6. Bucher P, Pugin F, Ostermann S. Population perception of surgical safety and body image trauma: a plea for scarless surgery? *Surg Endosc.* 2011;25:408-15.
7. McCulloch P, Altman DG, Campbell WB. No surgical innovation without evaluation: the IDEAL recommendations. *Lancet.* 2009;26:1105-12.
8. Vlug MS, Wind J, Hollmann MW, et al. Laparoscopy in combination with fast track multimodal management is the best perioperative strategy in patients undergoing colonic surgery: a randomized clinical trial (LAFa-study). *Ann Surg.* 2011;254:868-75.
9. Veenhof AA, Vlug MS, van der Pas MH, et al. Surgical stress response and postoperative immune function after laparoscopy or open surgery with fast track or standard perioperative care: a randomized trial. *Ann Surg.* 2012;255:216-21.
10. Steinbrook R, Ross JS. "Transparency Reports" on Industry Payments to Physicians and Teaching Hospitals. *JAMA.* 2012 Feb 14. [Epub ahead of print].
11. Minter RM, Angelos P, Coimbra R, et al. Ethical management of conflict of interest: proposed standards for academic surgical societies. *J Am Coll Surg.* 2011;213:677-82.
12. Targarona EM, Salvador Sanchís JL, Morales-Conde S. Advanced training in laparoscopic surgery: what is the best model? *Cir Esp.* 2010;87:1-3.
13. Neugebauer EA, Becker M, Buess GF, et al. EAES recommendations on methodology of innovation management in endoscopic surgery. *Surg Endosc.* 2010;24:1594-615.
14. Karidis NP, Dimitroulis D, Kouraklis G. Global financial crisis and surgical practice: the Greek paradigm. *World J Surg.* 2011;35:2377-81.

Eduardo M. Targarona^{a,b,*}, Salvador Morales Conde^c
y José Luis Salvador Sanchís^b

^aSecretario General de la European Association of Endoscopic Surgery

^bEx Coordinador Sección Cirugía Endoscópica, AEC, Madrid, España

^cCoordinador Sección Cirugía Endoscópica AEC, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: etargarona@santpau.cat (E.M. Targarona).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2012 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.03.001>