

No me parece que de mi texto se desprenda que la investigación deba detenerse. Lo que sí sostengo es que la innovación ya no es lo que era y que hay temas más urgentes y clínicamente más relevantes que ocuparse de 2 o 3 cm de incisión o 2 puntos en la escala EVA a las 6 horas de una intervención. Podría citar numerosos artículos que subrayan la casi equivalencia de los resultados clínicos de la mayoría de innovaciones tecnológicas de los últimos 15 años, a expensas, eso sí, de mayores costes, curvas de aprendizaje y transgresiones deontológicas. Ello no significa que sea un detractor de cualquier avance científico y apelo a mi currículum para demostrarlo.

La actual crisis ética y financiera nos brinda una excelente oportunidad para reevaluar el progreso tecnológico. Recomendando a mis compañeros que lean la reflexión de nuestros colegas griegos acerca de la drástica caída de los procedimientos endoscópicos y la extinción de la cirugía robótica en su país: «*traditional surgical techniques may achieve results comparable to those seen with more technologically advanced procedures, and recent data have revealed a possible overuse of modern surgical technology without substantial benefit for the patient but with significantly increased cost*»¹¹. Es lamentable que el abuso tecnológico haya sido puesto en evidencia por las circunstancias en vez de ser advertido y controlado por los propios cirujanos¹².

El progreso no es lo que era. Factores sistémicos, ajenos a los desarrollos tecnológicos ensimismados, van a condicionar cada vez más nuestros modos de hacer. El ahorro, la sostenibilidad, el reciclaje, el juicio clínico, la austeridad y una mayor independencia de los intereses industriales¹³ deberían ser valores en alza. La historia del pensamiento científico —y político— es rica en dogmatismos que se han empeñado en defender por todos los medios lo mejor a costa de lo bueno y, con ello, han causado más dolor y sufrimiento que el que, supuestamente, querían remediar.

Le agradezco nuevamente, Sr. Director, la oportunidad de seguir colaborando en este debate, a la vez que pongo en su conocimiento, y en el de los autores de la carta, que he recibido una treintena de correos electrónicos agradeciendo la oportunidad, el contenido y la intención de mi artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sitges-Serra A. Tecnología o tecnolatría. ¿A dónde van los cirujanos? *Cir Esp*. 2012;90:156-61.
2. Keus F, Gooszen HG, Van Laarhoven CJ. Open, small-incision, or laparoscopic cholecystectomy for patients with

symptomatic cholecystolithiasis An overview of Cochrane Hepato-Biliary Group reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;1. CD008318.

3. 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.
4. 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.
5. Rodrigues SP, Wever AM, Dankelman J, Jansen FW. Risk factors in patient safety: minimally invasive surgery versus conventional surgery. *Surg Endosc*. 2012;26:350-6.
6. Keune JD, Vig S, Hall BL, Matthews BD, Klingensmith ME. Taking disclosure seriously: disclosing financial conflicts of interest at the American College of Surgeons. *J Am Coll Surg*. 2011;212:215-24.
7. Ibañes LG. ¿Son transparentes las sociedades científicas? *Diario Médico*, viernes 16 de marzo de 2012. p. 5.
8. Ionnandis JPA. Are medical conferences useful? And for whom? *JAMA*. 2012;307:1257-8.
9. Richmon JD, Holsinger FC, Kandil E, Moore MW, Garcia JA, Tufano RP. Transoral robotic-assisted thyroidectomy with central neck dissection: preclinical cadaver feasibility study and proposed surgical technique. *J Robot Surg*. 2011;5:279-82.
10. Thomas R, McLean JD. Risk management observations from litigation involving laparoscopic cholecystectomy. *Arch Surg*. 2006;141:643-8.
11. Karidis NP, Dimitroulis D, Kouraklis G. Global financial crisis and surgical practice: the Greek paradigm. *World J Surg*. 2011;35:2377-81.
12. Sitges-Serra A. La sanidad envenenada. *El Periódico* 5 de octubre de 2011. [consultado 26/4/2012]. Disponible en: www.elperiodico.com/es/noticias/opinion/sanidad-envenenada-1170941.
13. Steinman MA, Landefeld CS, Baron RB. Industry support of CME Are we at the tipping point? *N Engl J Med*. 2012;366:1069-71.

Antonio Sitges-Serra

Unidad de Cirugía Endocrina, Hospital del Mar, Barcelona, España
Correo electrónico: asitges@hospitaldelmar.cat

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.2012.04.001>

Vaya con el Profesor Sitges. . .

Farewell Professor Sitges. . .

Sr. Director:

Parece que Profesor Sitges se ha puesto de parte del lado oscuro de la innovación quirúrgica¹. Siempre existe un lado

oscuro de las cosas y en la innovación quirúrgica este lado es muy real. Por ello, el Profesor Sitges tiene parte de razón. Siempre habrá detractores de cualquier avance científico y no es malo que los haya, pues contrarrestan a los entusiastas, que

no se caracterizan precisamente por buscar el equilibrio. Sin embargo, los detractores siempre te dejan la sensación de catastrofismo y casi nunca aportan soluciones. Son difíciles de rebatir porque subrayan aspectos verdaderos y tienen, además, el peligro de convencer a los que detentan el poder, con nefastas consecuencias.

En innovación quirúrgica creemos que hay un camino que se aproxima a este dilema. Por un lado, los cirujanos tienen la obsesión de beneficiar a sus pacientes evitándoles problemas y, por otro, son gente muy práctica, que huyen de florituras que les compliquen la vida. Nuestra parte oscura, aunque lo neguemos, es que suelen importarnos poco los costes económicos.

Por eso, ante cualquier tecnología novedosa, basta con mirar su implantación en la comunidad quirúrgica, y su persistencia con el paso del tiempo. Por más que insista el Profesor Sitges en el lado oscuro de la colecistectomía laparoscópica —o de otras implantadas—, se trata de técnicas que cumplen con estas premisas.

En el ámbito quirúrgico, los pasos habituales para implantar una técnica suelen ser estos: hay algo nuevo, pido el material (que suele ser caro), lo hago y veo qué pasa. Si la bibliografía dice que es eficaz, lo sigo haciendo. Efectividad y eficiencia están poco representadas, mientras que la eficacia está hipertrofiada. Si el Profesor Sitges se refería a esto, entonces está en lo cierto.

Donde no tiene razón el Profesor Sitges es en que si existen aspectos oscuros, la investigación debe cesar. La investigación debe proseguir y el tiempo dará sus resultados. Bien es verdad que antes debería hablar la *evaluación tecnológica*.

La evaluación de la tecnología quirúrgica es un problema en sí mismo. El ensayo clínico quirúrgico es *difícilísimo*² y, aparte, queda el lado realmente oscuro del tema, al que se refirió Mills, y es que torturando estadísticamente los datos, estos acabarán por decirnos lo que nosotros queremos³.

Quizá la única alternativa válida a este problema de la evaluación tecnológica esté en las grandes bases de datos poblacionales que permitan conocer con inmediatez y claridad la implantación de una tecnología quirúrgica, así como los problemas derivados. Es posible que, más que abogar por restricciones en la práctica quirúrgica, se debiera potenciar este tipo de evaluación, para restringir después lo que realmente sea poco útil, caro, poco accesible o de escaso uso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sitges-Serra A. Tecnología o tecnolatría: ¿a dónde van los cirujanos? *Cir Esp.* 2012;90:156-61.
2. Farrokhyar F, Karanicolas PJ, Thoma A, Simunovic M, Bhandari M, Devereaux PJ. Randomized controlled trials of surgical interventions. *Ann Surg.* 2010;251:409-16.
3. Mills JL. Data torturing. *N Engl J Med.* 1993;329:1196-9.

Javier Escrig-Sos* y David Martínez-Ramos

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General de Castellón, Castellón, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javierescrig@telefonica.net (J. Escrig-Sos).

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.2012.03.008>