

12ª Reunión Nacional de Cirugía. Pamplona, 1999.

Pablo Lázaro.* Cirugía basada en la evidencia

Unidad de Investigación en Servicios de Salud (UISS). Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

ABSTRACT

En el progreso de la medicina, la evolución de la práctica quirúrgica ha sido espectacular. Las nuevas técnicas anestésicas, los nuevos materiales, el avance de las técnicas endoscópicas, y nuevos instrumentos miniaturizados, han dotado a la cirugía en las últimas décadas, de un avance sin precedentes. Sin embargo, existe evidencia de una amplia variabilidad en la aplicación de las técnicas quirúrgicas, y en sus resultados. Por ejemplo, dependiendo de la ciudad en que habite, la probabilidad de que a un hombre de 80 años le haya sido practicada una prostatectomía varía del 20% al 60%; para una mujer de 70 años, la probabilidad de tener extirpado su útero varía entre el 20% y el 75%; la probabilidad de que a un ciudadano le haya sido practicada una cirugía de *by-pass* aortocoronario (CBAC) puede triplicarse dependiendo de su lugar de residencia.

Potencial aportación de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) a la Cirugía

El objetivo de la innovación de las intervenciones quirúrgicas es la mejora de los resultados, por tanto, la evaluación de resultados resulta crucial. En ocasiones, la cirugía, cuyos resultados pretenden conocerse, se lleva realizando cierto tiempo y pueden existir publicaciones. En este caso la aportación de la MBE consiste en formular la pregunta de investigación, realizar la búsqueda de publicaciones que respondan a esa pregunta, evaluar la calidad de la evidencia científica de cada publicación, y realizar la síntesis de la evidencia. Siempre que es posible se lleva a cabo mediante revisiones sistemáticas o metaanálisis. Sin embargo, una gran dificultad es la escasez de evidencia científica disponible. En una revisión sistemática sobre varias intervenciones quirúrgicas (endarterectomía carotídea, colecistectomía, endoscopia digestiva alta, colonoscopia, y CBAC), sólo el 10% de los estudios eran ensayos clínicos, mientras que dos tercios eran estudios descriptivos retrospectivos. Además, la información sobre la eficacia e indicaciones de uso era incompleta o contradictoria, casi no existían datos sobre costes y utilización, y los datos sobre las complicaciones no especificaban los síntomas de los pacientes o la relación entre las complicaciones y las razones de haberles aplicado la intervención.

En otras ocasiones, la técnica es nueva, o aunque sea una cirugía establecida, todavía no han medido sus resultados. En estas ocasiones se deben diseñar estudios que evalúen los resultados. Los resultados de una intervención quirúrgica pueden ser expresados de cuatro formas: eficacia, efectividad, utilidad, y beneficio. **Eficacia** es el efecto producido en la variable a evaluar cuando la intervención es aplicada en condiciones experimentales o ideales (e.g., por los mejores cirujanos, con la mejor tecnología, y mediante un ensayo clínico de diseño aleatorio). En las intervenciones quirúrgicas, la variable a evaluar puede ser la supervivencia, la mejoría funcional, la disminución del dolor, entre otras muchas. **Efectividad** es el resultado obtenido cuando el procedimiento es aplicado en condiciones habituales, por la generalidad del sistema, en la organización real, con los medios disponibles, y sin seleccionar a los pacientes, es decir en la práctica real del día a día. Por lo tanto, la diferencia entre eficacia y efectividad depende de las condiciones en que se aplica la cirugía. **Utilidad** es el resultado de la intervención medido en términos de calidad de vida y su duración. La importancia de la calidad de vida está aumentando progresivamente tanto en la conciencia de los pacientes como en los sistemas de salud que están cada vez más orientados no sólo a aumentar la supervivencia, sino a aumentar la calidad de vida. Por estas razones se han desarrollado numerosos instrumentos para medir la utilidad, entre ellos los QALYs (acrónimo en inglés de años de vida ajustados por calidad). **Beneficio** es una forma de medir los resultados expresados en unidades monetarias. Su limitación más importante es la dificultad, y en muchas ocasiones la imposibilidad, de traducir los resultados de una intervención en unidades monetarias.

En **conclusión**, la MBE puede contribuir poderosamente a la evaluación de las técnicas quirúrgicas, al menos de cuatro formas: 1) la información existente puede ser sintetizada mediante revisiones sistemáticas; 2) con las revisiones sistemáticas se pueden detectar áreas en las que no existe evidencia o la evidencia es contradictoria, con lo que se facilita la identificación y priorización de las intervenciones que deben ser evaluadas; 3) cuando existe evidencia contradictoria, la evaluación de la calidad de la evidencia ayuda a decidir en las recomendaciones sobre el uso apropiado de la cirugía; y 4) cuando no existe evidencia sobre los resultados de la cirugía, se pueden diseñar estudios que la produzcan.

* Para correspondencia: Pablo Lázaro y de Mercado. Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud. Cambrils 41-2, 28034 Madrid. E-mail: plazaro@taiss.com.