

# Evaluación científica de una Técnica Quirúrgica compleja

- EFICACIA
  - Capaz de conseguir el objetivo principal
  - Sin producir problemas ni grandes riesgos añadidos
  - Es decir, “que sea FACTIBLE”
- EFECTIVIDAD
  - Aplicable ampliamente a la población enferma
  - Reproducible por una mayoría de cirujanos especialistas
- EFICIENCIA
  - Rentable en costos monetarios
  - Rentable en calidad de vida
  - Rentable en años de vida ganados (supervivencia)

# Esofaguectomía Mínimamente Invasiva vs. Esofaguectomía abierta

1. ¿Hay realmente riesgos quirúrgicos mayores añadidos?
2. ¿La pieza es al menos igual que con cirugía abierta?
3. ¿Se aplica a los mismos enfermos, o hay que seleccionar?
4. ¿Cómo es la curva de aprendizaje, cuánto dura, qué ocurre?
5. ¿Sus ventajas compensan a corto plazo los recursos consumidos?
6. ¿La calidad de vida inmediata es mejor y sostenible en el tiempo?
7. ¿La supervivencia aunque parezca similar, podría ser algo peor?
8. Y si la supervivencia fuese “un poquito peor” ¿se vería esto compensado por alguna ventaja claramente demostrada?

# Esofaguectomía Mínimamente Invasiva vs. Esofaguectomía abierta

- METAANÁLISIS ¡de series de casos!
  - Biere 2009
  - Nagpal 2010
  - Dantoc 2012
- ENSAYOS CLÍNICOS\* finalizados
  - TIME: (Biere 2012, fase III)
  - E2202: (Luketich 2015, fase II)
- ENSAYOS CLÍNICOS\* en marcha
  - ROBOT: EMI robótica / Abierta clásica
  - MIRO: EMI / Toracotomía + Laparoscopia
  - ROMIO: EMI / Toracotomía + Laparoscopia / Abierta clásica

\* de superioridad