



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Editorial

Sabemos lo suficiente para actuar en consecuencia? La relación volumen de casos y resultados clínicos examinada una vez más



Do we have enough information to act accordingly? The relation between case volume and results revisited again

La cirugía es un elemento clave en la estrategia multidisciplinaria del tratamiento oncológico. De hecho, el 80% de los pacientes diagnosticados de cáncer serán tratados quirúrgicamente, lo que supone más de 12 millones de pacientes candidatos a cirugía en el año 2015 en el mundo¹. Dado este rol central en la terapia oncológica, no debe extrañar que la evaluación de la calidad y de cómo organizar la prestación de la atención quirúrgica sea un objetivo de investigación muy relevante. El debate sobre la relación entre volumen y resultados quirúrgicos ha centrado buena parte de los estudios desde los años 80. En general demuestran una asociación entre volumen y resultados², aunque no siempre clara para todos los procedimientos y con elementos de debate (analizar los resultados por hospital vs. cirujano, mortalidad 30 días vs. supervivencia, técnicas de ajuste de riesgos por factores pronósticos entre los más relevantes). El uso de bases de datos clínico-administrativas es una estrategia clásica y un buen ejemplo es el artículo de Pérez-López et al., que acompaña este editorial³. El uso de esta fuente de datos tiene limitaciones relevantes derivadas de su finalidad; un ejemplo de estas se puede observar cuando los autores no separan la cirugía de cáncer de colon de la rectal, 2 tratamientos quirúrgicamente distintos tanto en técnica como en complejidad⁴, que en este artículo se analizan conjuntamente para evitar clasificaciones inapropiadas dada la imprecisión en la asignación, con el coste de mezclar cirugías de distinta complejidad que dificulta la correcta interpretación de los resultados. Aunque se deben tener en cuenta estas limitaciones del conjunto mínimo básico de datos (CMBD), es indudablemente la mejor base de datos que disponemos y cubre todo el SNS, lo cual da especial relevancia a sus conclusiones.

El resultado es consistente con la literatura internacional² y con los estudios previos realizados en Cataluña, usando el mismo enfoque⁵; en conjunto, refuerzan la necesidad de

plantearse la reordenación de la oferta quirúrgica hospitalaria oncológica compleja en nuestro país, y de acuerdo con las recomendaciones de la estrategia en cáncer del SNS (<http://www.msssi.es>). Los datos de Pérez-López et al.³ demuestran que existen numerosos hospitales en nuestro país que operan volúmenes muy bajos de casos (ver la tabla 2 del artículo), asociados a peores resultados clínicos, lo que debe ser motivo de reflexión e intervención. En este sentido, existen diversas iniciativas de reordenación en nuestro país que tratan de mejorar la calidad y los resultados clínicos de la cirugía oncológica digestiva y de otras localizaciones (neurocirugía, torácica y de sarcomas), alineadas con la experiencia internacional en países como Holanda, Dinamarca, Francia o Inglaterra; y que han sido llevadas a cabo desde la administración sanitaria en CC.AA. Para su aplicación se asume que se debe definir un volumen mínimo de casos a partir del cual se tiene experiencia suficiente para realizar una cirugía compleja. Este volumen mínimo, instrumento útil para la planificación, es muy controvertido en la discusión con los profesionales porque la evidencia para cualquier punto de corte puede ser discutible ya que en muchos casos las investigaciones optan por dividir los volúmenes de casos según terciles o cuartiles³, lo que tiene una utilidad analítica pero conduce a diferentes criterios de corte según la base de datos utilizada. La aplicación práctica es siempre difícil y tiende a ser conservadora, como muestran los criterios de volumen mínimo usados en Cataluña, bajos en comparación con otros países (por ejemplo, son 6 casos anuales en cirugía del cáncer de esófago por 20 en Holanda).

Sin embargo, el debate no puede quedar centrado exclusivamente en el volumen, sino que se debe complementar con la evaluación continuada de los resultados clínicos, ajustando por los factores pronósticos conocidos y usando las bases de datos clínicas¹, y se deben tener en cuenta todos los aspectos asistenciales necesarios para conseguir un buen resultado

terapéutico, como la calidad de la de la anatomía patológica, pruebas de imagen, oncología médica y radioterápica. Todo esto es viable como demuestran iniciativas como el proyecto Vikingo⁶ o las auditorías clínicas de todos los casos tratados en un territorio^{7,8}, que permiten evaluar los resultados sanitarios en toda su complejidad y deben ser la vía de avance necesaria para la mejora continuada de la calidad de la atención oncológica. La reordenación de la cirugía oncológica debe basarse en datos administrativos y clínicos, y el estudio de Pérez-López et al., junto con el resto de la evidencia disponible y las políticas sanitarias aplicadas en diversos países europeos, demuestran la necesidad y la viabilidad de pasar a la acción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sullivan R, Alatise OI, Anderson B, Audisio R, Autier P, Aggarwal A, et al. Global cancer surgery: Delivering safe, affordable and timely cancer surgery. *Lancet Oncol*. 2015;16:1193-224.
2. Pieper D, Mathes T, Neugebauer E, Eikermanann M. State of evidence on the relationship between high-volume hospitals and outcomes in surgery: A systematic review of systematic reviews. *J Am Coll Surg*. 2013;216:1015-25.
3. Pérez-López P, Baré M, Touma-Fernández A, Sarría-Santamaría A. Relación entre volumen de casos y mortalidad intrahospitalaria en la cirugía del cáncer digestivo. *Cir Esp*. 2016;94:151-8.
4. Van de Velde CJ, Boelens P, Borras JM, Coebergh JWW, Cervantes A, Blomsqvist L, et al. EURECCA colorrectal multidisciplinary management: An European consensus conference colon & rectum. *Eur J Cancer*. 2014;50:e1-34.
5. Pla R, Pons JMV, González JR, Borras JM. ¿Influye en el proceso y en los resultados el volumen de procedimientos en la cirugía del cáncer? Análisis basado en datos clínico administrativos. *Cir Esp*. 2004;75:179-88.
6. Ortiz H, Wibe A, Ciga MA, Lujan J, Codina A, Biondo S, Spanish Rectal Cancer Project. Impact of a multidisciplinary team training programme on rectal cancer outcomes in Spain. *Colorectal Dis*. 2013;15:544-51.
7. Manchon-Walsh P, Borras JM, Espinas JA, Aliste L, Catalanian Rectal Cancer Group. Variability in the quality of rectal cancer care in public hospitals in Catalonia (Spain): Clinical audit as a basis for action. *Eur J Surg Oncol*. 2011;37:325-33.
8. Prades J, Manchon-Walsh P, Sola J, Espinas JA, Guarga A, Borras JM. Improving clinical outcomes through centralisation of rectal cancer surgery and clinical audit: A mixed-methods assessment. *Eur J Public Health*. 2016. pii: ckv237. [Epub ahead of print].

Josep M. Borras^{a,b}

^aPla director d'Oncologia, Departament de Salut, Barcelona, España

^bDepartament de Ciències Clíniques, IDIBELL, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

Correo electrónico: jmborras@ico.scs.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2016.01.001>

0009-739X/

© 2016 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.