



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Editorial

La concentración de tratamientos puede mejorar los resultados clínicos en cirugía compleja del cáncer

Concentration of cases can improve clinical results in complex cancer surgery



El reto más relevante de la atención sanitaria debe ser mejorar continuamente la calidad asistencial y los resultados clínicos. En oncología disponemos de registros poblacionales de cáncer que permiten comparar los datos de supervivencia, uno de los principales indicadores de resultados, de nuestro país internacionalmente, como muestran los proyectos EUROCARE y CONCORD^{1,2}. Los resultados de estos estudios evidencian que nuestro país tiene un margen de mejora significativo de acuerdo con criterios como la supervivencia a 5 años. España como conjunto se sitúa ligeramente por encima de la media europea, con un 57,6%, mientras que países como Holanda o Bélgica tienen supervivencias del 62 y 64% en el mismo periodo. Por otro lado, es relevante destacar que la variabilidad interna en nuestro país, entre comunidades autónomas, es muy importante; por ejemplo en el cáncer de recto la variación de resultados es entre una supervivencia del 63,5% a los 5 años y del 50,1% en el periodo 2005-2009. Estas diferencias son clínicamente relevantes y nos debemos preguntar qué podemos hacer para mejorarlas y situarnos al nivel de países con mejores resultados de nuestro entorno.

En la gran mayoría de los tumores sólidos, la cirugía tiene un rol clave en el marco del tratamiento multidisciplinario para garantizar el mejor pronóstico al paciente diagnosticado de cáncer³. Una de las medidas adoptadas para la mejora de la calidad y los resultados que mayor debate genera es la concentración de tratamientos quirúrgicos de los pacientes de enfermedades de mayor complejidad y/o baja frecuencia; son ejemplos repetidos la cirugía de cáncer de esófago, de hígado (tumor primario y metástasis), páncreas y recto en el ámbito de la cirugía digestiva. La investigación ha mostrado que los centros con mayor volumen de casos presentan una mortalidad quirúrgica menor⁴, lo cual implica que la mejor ordenación de los servicios sanitarios en oncología debe pasar por valorar la conveniencia de concentrar los procedimientos quirúrgicos como los mencionados, en centros que acumulen suficiente experiencia para obtener resultados clínicos exce-

lentes. Además, esta concentración puede facilitar realizar investigación clínica necesaria para continuar avanzando en la lucha contra el cáncer en el ámbito quirúrgico.

Esta política de reordenación tiene, sin embargo, algunos aspectos controvertidos que han dificultado su aplicación en la práctica⁵. Entre los más relevantes se encuentra la dificultad de definir cuál es el volumen mínimo necesario/óptimo de casos por centro y/o por cirujano. Las decisiones de concentrar claramente dependen, junto con la evidencia científica de beneficio, de otros factores como la organización del sistema sanitario, de los profesionales y recursos de cada centro, y de la valoración social de las distancias entre la residencia del paciente y el centro de referencia. Centralizar también puede implicar perder capacidad de respuesta clínica-quirúrgica en los centros donde no se puede practicar la cirugía compleja. Sin embargo, son cada vez más los países como Inglaterra, Holanda, Francia o Alemania en que se están llevando a cabo reordenaciones de la cirugía compleja para mejorar los resultados clínicos y la calidad asistencial en general. En cada país los criterios de política sanitaria han sido discretamente distintos, así como los procedimientos elegidos. También lo ha sido la implicación de los profesionales en el proceso que va desde países como Holanda donde han sido los iniciadores del proceso e indudables líderes del mismo, hasta relaciones más conflictivas entre hospitales y servicio sanitario como ha sucedido en Alemania⁶.

También en España, en concreto en Cataluña se ha desarrollado una experiencia iniciada por el Servicio Catalán de la Salud en 2012 para concentrar determinados procedimientos quirúrgicos oncológicos (esófago, páncreas, hígado, recto y estómago) en un número limitado de centros a partir de una evaluación previa del volumen de actividad y de los resultados de mortalidad quirúrgica para cada cirugía. Los resultados evaluados recientemente han mostrado una reducción de la mortalidad quirúrgica a los 30 días, ajustada por otros factores, entre el 30 y el 50%⁷. Aunque hay aspectos

del propio diseño del modelo que deben ser mejorados⁸, el progreso en los resultados clínicos obtenidos son muy relevantes para los pacientes afectados por este tipo de enfermedades. Este conjunto de experiencias fue motivo de debate en una jornada de trabajo organizada por la Asociación Española de Cirujanos en el marco del Ministerio de Sanidad a finales del 2016. El conjunto de experiencias presentado permite concluir que es viable reordenar los servicios sanitarios en cirugía oncológica y que esta reordenación tiene un impacto relevante en la mejora de resultados clínicos, en el marco de la atención multidisciplinaria del cáncer. El propio desarrollo de las European Reference Networks (ERN), constituidas por centros europeos de referencia, para enfermedades raras, de las cuales se han acreditado 3 en el ámbito de oncología (tumores sólidos, pediátricos y hematológicos), conlleva la necesidad de que los centros españoles puedan estar a nivel europeo también en volumen de casos. Por otra parte, este mayor volumen de casos tratados facilita un aspecto frecuentemente olvidado, la posibilidad de evaluar los resultados clínicos de forma consistente y periódica, cosa que no es viable en centros con bajos volúmenes de casos anuales.

El reto en nuestro país es, por tanto, doble: mejorar los resultados clínicos de nuestros pacientes y reordenar nuestros servicios sanitarios en el ámbito de las enfermedades oncológicas de baja frecuencia o alta complejidad terapéutica para poder estar a nivel europeo tanto en el ámbito asistencial como en el de la investigación clínica. La concentración de tratamientos específicos y seleccionados por haberse demostrado la relación entre resultados y volumen de casos de forma consistente en la literatura, y si es posible, corroborados en el propio sistema sanitario, es un camino que están recorriendo diversos sistemas sanitarios europeos y que debe ser motivo de debate en nuestro país en el ámbito profesional. Para terminar, no se debe olvidar que el debate con los profesionales y su grado de implicación en la definición de este proceso será clave en los resultados finalmente obtenidos⁹, por lo que su implicación es esencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, et al., EUROCORE-5 Working Group. Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EUROCORE-5-a population-based study. *Lancet Oncol.* 2014;15:23-34.
2. Allemani C, Weir HK, Carreira H, Harewood R, Spika D, Wang XS, et al., CONCORD Working Group. Global surveillance of cancer survival 1995-2009: analysis of individual data for 25,676,887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). *Lancet.* 2015;385:946-68.
3. Sullivan R, Alatiste OI, Anderson BO, Audisio R, Autier P, Aggarwal A, et al. Global cancer surgery: Delivering safe, affordable and timely cancer surgery. *Lancet Oncol.* 2015;16:1193-224.
4. Reame BN, Ghaferi AA, Birkmeyer JD, Dimick JB. Hospital volume and operative mortality in the modern era. *Ann Surg.* 2014;260:244-51.
5. Chabra KR, Dimick JB. Strategies for improving surgical care: When is regionalization the right choice? *JAMA Surgery.* 2016;151:1001-2.
6. Ettelt S. The politics of evidence use in health policy making in Germany: The case of regulating hospital minimum volumes. *J Health Polit Policy Law.* 2017;42:513-38.
7. Manchón-Walsh P, Espinàs JA, Prades J, Aliste A, Pozuelo A, Benaque A, et al. Monogràfic: Avaluació dels resultats de la concentració de la cirurgia oncològica digestiva d'alta especialització a Catalunya: Una actualització incloent el període 2014-2015. *Central de Resultats Agència de Qualitat i Valuació del Sistema Sanitari AQUAS.* 2017 [consultado 9 Oct 2017]. Disponible en: <http://www.aquas.gencat.cat>.
8. Prades J, Manchon-Walsh P, Solà J, Espinàs JA, Guarga A, Borràs JM. Improving clinical outcomes through centralization of rectal cancer surgery and clinical audit: A mixed-methods assessment. *Eur J Public Health.* 2016;26:5328-542.
9. Turner S, Ramsay A, Perry C, Boaden R, McKeivitt C, Morris S, et al. Lessons for major system change: Centralization of stroke services in two metropolitan areas of England. *J Health Serv Res Policy.* 2016;21:156-65.

Josep M. Borràs^{a,b,*} y Alex Guarga^c

^aPlan director de oncología, Barcelona, España

^bDepartamento de Ciencias Clínicas, IDIBELL, Universidad de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^cÁrea de Atención Sanitaria, Servicio Catalán de la Salud, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmborras@iconcologia.net (J.M. Borràs).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.09.013>

0009-739X/

© 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.