

Concentración de procedimientos quirúrgicos en la cirugía oncológica

En la práctica quirúrgica, así como en diferentes situaciones de la vida, parece lógico pensar que cuanto mayor sea la experiencia acumulada, mejores resultados se obtendrán al realizar una actividad. Desde que, hace 25 años, se publicó el trabajo pionero de Luft et al¹, han aparecido múltiples estudios en la literatura médica mundial que intentan correlacionar el volumen de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos realizados en diferentes hospitales con los resultados obtenidos. Existe cierta controversia en la interpretación de estos datos, todos los estudios son observacionales y no se dispone de estudios prospectivos aleatorizados que permitan aconsejar rotundamente la derivación de pacientes a centros con mayor experiencia.

El trabajo publicado en este número de REVISTA DE CIRUGÍA ESPAÑOLA por Pla et al, con el título “¿Influye en el proceso y en los resultados el volumen de procedimientos en la cirugía del cáncer? Análisis sobre la base de datos clínico-administrativos”, es pionero en nuestro país y aporta los resultados obtenidos en los hospitales catalanes al tratar una serie de procedimientos quirúrgicos realizados durante un período de 5 años. Estos datos son muy interesantes, aunque hay que ser prudentes, como los propios autores del artículo, al obtener conclusiones.

Al revisar la amplia literatura médica que hay sobre el tema, la primera reflexión que debemos plantearnos, y que comparto con Daley², es si la amplia experiencia mejora por sí misma los resultados, al mejorar la capacitación técnica y el manejo global del paciente, o bien desempeña un papel importante la hipótesis de que grupos de excelencia y reconocido prestigio atraen a más pacientes, que son derivados por otros colegas o que acuden espontáneamente. Es decir, que los buenos resultados han sido previos al volumen de pacientes. La segunda reflexión es que la metodología utilizada en los diversos estudios es tan diferente que dificulta hacer un metaanálisis y que, si bien en la mayoría de los trabajos se estudia la mortalidad intrahospitalaria, en muchos faltan análisis sobre comorbilidad, complicaciones, estancias medias, edad, costes, resultados a largo plazo, etc. A pesar de todo, en algunos procedimientos se repiten

los mismos resultados y es posible adelantar algunas recomendaciones.

En la cirugía de resección pancreática por cáncer existen importantes diferencias en la mortalidad postoperatoria entre hospitales de gran volumen y hospitales de poco volumen en la literatura médica disponible^{3,4} que oscilan entre el 3,5 y el 14%, respectivamente. El estudio realizado en Cataluña confirma esta tendencia y destaca que de los 40 hospitales implicados, 3 de ellos realizan más del 50% de las intervenciones. Esto confirma que ya se está produciendo una derivación espontánea de muchos de estos pacientes a centros concretos. En este procedimiento la mortalidad disminuye progresivamente entre los 3 grupos de hospitales de diferente volumen.

El otro gran procedimiento, en el que existe más consenso en la literatura médica respecto al número de procedimientos realizados al año y la mortalidad, es la esofagectomía^{3,5}. Sin embargo, en el estudio de Pla et al estos resultados no se reproducen en el estudio catalán y son los hospitales con un volumen intermedio (entre 6 y 10 procedimientos al año) los que obtienen mejores resultados. Los datos del estudio sugieren que la mortalidad global es mejorable, que las esofagectomías se reparten entre los diferentes hospitales mucho más que la cirugía hepática-pancreática y que el volumen de procedimientos por sí mismo no garantiza una menor mortalidad postoperatoria. Sólo existen 2 hospitales de volumen alto y 4 de volumen intermedio.

Respecto a la cirugía hepática, destaca que el 65% de las hepatectomías parciales, 406 intervenciones, se realiza en 3 centros y que 26 hospitales se reparten 187 hepatectomías en un período de 5 años. Los resultados son claramente superiores en los 3 centros con un amplio volumen y demuestran, de igual manera que en la cirugía del páncreas, que se está produciendo una derivación espontánea. Parece evidente que los 3 centros de mayor volumen son los hospitales con programa de trasplante hepático. En la década de los noventa se ha producido un gran auge en la cirugía de la resección hepática, sobre todo a expensas de la resección de metástasis hepáticas del cáncer colorrectal. La tecnología necesaria para

realizar con garantías esta cirugía (ecografía intraoperatoria, disector ultrasónico, etc.) ha favorecido la concentración de esta afección. Sin embargo, si sigue aumentando la demanda, es posible que se justifique su potenciación en centros de volumen intermedio, especialmente para las resecciones hepáticas menos complejas. En el futuro, sería interesante diferenciar los resultados de la resección de metástasis limitadas y de las resecciones hepáticas más complejas, como el tumor de Klatskin y el hepatocarcinoma sobre hígado cirrótico. El trasplante hepático ya se encuentra limitado a centros específicos.

En la cirugía del cáncer gástrico y el cáncer de colon, no existen datos suficientemente claros en la literatura médica para aconsejar la derivación de estos procedimientos a hospitales de mayor volumen. En el cáncer de recto existe cierta tendencia a una menor realización de colostomías en los centros de alto volumen.

La idea de que cuanto mayor sea el volumen de un procedimiento en un hospital mejores serán los resultados es atractiva, pero no está claramente demostrada en muchos procedimientos. El volumen, por sí mismo, puede estar condicionado por el tamaño del hospital y su área de referencia, y en este hospital puede haber muchos cirujanos realizando este procedimiento. En cambio, en hospitales con menor volumen puede haber cirujanos con mayor experiencia. Pocos estudios de la heterogénea literatura médica analizan el número de intervenciones por cirujano. Como comenta Russell⁶, la calidad del tratamiento está más condicionada por la estructura de un servicio específico que por el volumen de operaciones realizadas en este servicio. Desde mi punto de vista, la mayor aportación del estudio de Plà et al ha sido conocer la situación real de una serie de procedimientos oncológicos realizados en Cataluña en el período de 1996-2000. Sería interesante realizar un estudio similar en todo el territorio del Estado español. Este estudio nos permitiría conocer los resultados generales e intentar disponer de los datos de los mejores hospitales que se podrían convertir en el *gold standard* de una serie de procedimientos. Una vez se conozcan estos resultados de

excelencia, sería conveniente disponer de un análisis más profundo de por qué estos servicios de cirugía son capaces de obtener un entrenamiento y unos resultados de este tipo. Esto permitiría que el conjunto de los cirujanos españoles nos beneficiáramos de su experiencia. El estudio se podría hacer analizando los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) o los procedimientos específicos y debería incluir comorbilidades, complicaciones, utilización de recursos para contemplar no sólo la eficacia, sino también la eficiencia. Este análisis debería incluir en algunos procedimientos, en el caso de que el volumen de procedimientos influya en los resultados, el número mínimo por año para conseguir unos resultados aceptables. Sería deseable que estos estudios fueran promovidos o que contaran con la participación de la Asociación Española de Cirujanos, porque los pacientes, la Administración y las compañías de seguros solicitarán esta información cada vez con mayor frecuencia. Como se suele decir: "si no mides lo que haces no puedes controlarlo".

Eduardo Jaurrieta-Mas

Catedrático de Cirugía. Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

Bibliografía

1. Luft HS, Bunker JP, Enthoven AC. Should operations be regionalized? The empirical relation between surgical volume and mortality. *N Engl J Med* 1979;301:1364-9.
2. Daley J. Invited commentary: quality of care and the volume-outcome relationships. What's next for surgery. *Surgery* 2002;131:16-8.
3. Birkmeyer J, Siewers A, Finlayson E, et al. Hospital volume and surgical mortality in the United States. *N Engl J Med* 2002;346:1128-37.
4. Glasgow RE, Mulvihill SJ. Hospital volume influences outcome in patients undergoing pancreatic resection for cancer. *West J Med* 1996;165:294-300.
5. Christian C, Gustafson M, Betensky R, Daley J, Zinner M. The leap-frog volume criteria may fall short in identifying high-quality surgical centers. *Ann Surg* 2003;238:447-57.
6. Russell T. Invited commentary: volume standards for high-risk operations: an American College of Surgeons' view. *Surgery* 2001;130:423-4.