



Editorial

Centralización de la cirugía del tracto digestivo superior Centralisation of upper gastrointestinal surgical services

Siguiendo las recomendaciones del informe Calman Hine, publicado en 1995, los servicios oncológicos del Reino Unido se han centralizado de forma paulatina¹. Los grandes centros oncológicos ofrecen asistencia especializada a una población que oscila entre 1 y 4 millones de personas y trabajan en estrecha colaboración con las unidades oncológicas de los hospitales más pequeños incluidos en la red de servicio oncológico. Este editorial describe las ventajas e inconvenientes que han surgido a partir de este desarrollo, y pone de relieve posibles fallos derivados de la centralización y cómo podrían evitarse.

El impulso para la centralización de los servicios oncológicos surge a partir de diversos estudios que demuestran que mediante su aplicación mejora la mortalidad perioperatoria^{2,3}. No todos los estudios presentan resultados significativos en cuanto a esta mejoría⁴, pero en la actualidad parece existir un consenso acerca de la existencia de una asociación entre el volumen hospitalario y la mortalidad perioperatoria⁵. Además, las unidades quirúrgicas con elevado número de pacientes podrían potenciar la formación de nuevos especialistas, mejorar la estandarización de la asistencia, aumentar el número de pacientes reclutados para ensayos clínicos, así como lograr una mejor auditoría de los resultados y acortar la estancia hospitalaria con la consiguiente reducción de costes. Las desventajas de la centralización son que los cirujanos experimentados que trabajen en hospitales más pequeños sean desaprovechados, a menos que se trasladen a otros hospitales o se llegue a acuerdos para que puedan operar a sus pacientes en el centro oncológico de referencia. Si un cirujano decide trasladarse al centro oncológico, puede ser difícil sustituirlo en el hospital más pequeño, en el cual este tipo de cirugía dejará de realizarse. Es posible que los pacientes tengan que desplazarse a mayor distancia para recibir asistencia oncológica tras la centralización⁶ y, si bien la mayoría lo aceptará, es necesario que existan adecuados medios de transporte. Tampoco debe subestimarse la complejidad que supone coordinar la asistencia sanitaria de un paciente entre dos ubicaciones (la unidad de cáncer y el centro oncológico de referencia). A menos que la comunicación sea excelente, existe un riesgo

significativo de que los pacientes sean perdidos y de que los resultados de las exploraciones no lleguen a los médicos encargados de su asistencia.

Se ha tardado diez años en centralizar la cirugía del cáncer gástrico en el Reino Unido. En la actualidad, existen 43 centros del National Health Service que ofrecen esta cirugía en Inglaterra y Gales y 4 más en Escocia⁷. Irlanda del Norte todavía no ha racionalizado este servicio. Las auditorías recientes sobre el cáncer gástrico, llevadas a cabo en todo el Reino Unido, han mostrado que la mortalidad posoperatoria tras una esofagectomía y gastrectomía se ha reducido en Inglaterra y Gales en aproximadamente un 5%⁸. Esto supone una tasa de mortalidad casi la mitad de la existente antes de la centralización⁹. Es probable que esta mejora se deba a múltiples factores, pero no cabe duda de que la centralización ha desempeñado un papel.

Sin embargo, la centralización no se ha conseguido sin dificultad. La implementación a nivel local pasó del departamento de salud a las redes oncológicas en un momento de una gran reorganización del National Health Service. A menudo estas redes tuvieron dudas a la hora de decidir dónde debía estar ubicado el centro oncológico, y esto supuso largos períodos de negociación con las partes implicadas. La ejecución de un plan de centralización requiere una gestión de gran calidad para evitar que se desencadenen rivalidades clínicas que dañen las futuras relaciones laborales entre las unidades de cáncer y los nuevos centros oncológicos que serían designados en el futuro. Es absolutamente imprescindible que todos los centros participantes tengan acceso a instalaciones de videoconferencia de alta calidad. Estas se utilizan para las reuniones semanales del equipo multidisciplinario, y dicha infraestructura debe establecerse antes de la centralización, para que los equipos puedan acostumbrarse a analizar los casos con esta tecnología. Es importante que se celebren reuniones semanales, en las que la decisión final con respecto al tratamiento sea escrita inmediatamente y distribuida a todos los implicados. Igualmente es fundamental que exista un sistema de recolección de datos de alta calidad, bajo la supervisión de un administrador y operador de datos. Este sistema debe ser capaz de registrar datos de

calidad acerca de las decisiones clínicas y de los planes de gestión; además se deberán elaborar informes periódicos acerca de los resultados para los usuarios.

Otro requisito imprescindible para el éxito de la centralización es una red de personal de enfermería especializado y con experiencia. Sin ellos, la centralización fracasará. Ellos son los defensores del paciente y organizan la comunicación relevante entre las unidades oncológicas y los centros, algo esencial para garantizar que los resultados de las distintas investigaciones clínicas estén disponibles en los diferentes hospitales. Además, el centro de oncología debe tener suficientes instalaciones físicas, tales como quirófanos, unidades de cuidados intermedios y camas de cuidados intensivos, además de suficientes cirujanos, como para proporcionar un servicio integral. Lo ideal sería contar con un servicio 365 días al año y las 24 horas del día, lo cual no es factible sin un mínimo de cinco cirujanos. En el Reino Unido, muchos centros de cirugía gastroesofágica prestan servicio a poblaciones de poco más de un millón de personas, pero como la tasa de resección se ha reducido a un 20% aproximadamente, y los tratamientos definitivos sin cirugía, tales como la quimioterapia o la radiación, han ganado popularidad, la población necesaria para justificar un centro oncológico se acerca ahora a los 2 millones de personas. Esta población debería generar alrededor de 150 resecciones gastroesofágicas al año.

La asistencia al paciente no mejora automáticamente mediante la centralización. Es imprescindible que exista una inversión adecuada en la creación de un equipo centralizado. Los pacientes también necesitan apoyo, ya que, muchas veces tendrán que viajar más distancia para asistir a su cita con el cirujano y recibir asistencia. Sin embargo, si se explica de forma adecuada, los pacientes suelen aceptar bien los motivos de esta actuación. Los servicios de neurocirugía y cirugía plástica llevan años centralizados en el Reino Unido y la aceptación de los mismos es generalizada. La prueba final de que el esfuerzo necesario para establecer la centralización merece la pena, vendrá de una auditoría precisa de los resultados clínicos, de las notas escritas en los cuadernos de prácticas de los especialistas en formación, y de las opiniones de los pacientes.

B I B L I O G R A F Í A

1. Calman K, Hine D. The Expert Advisory Group on Cancer to the Chief Medical Officers of England and Wales Department of Health Publications; 1995.
2. Chowdhury MM, Dagash H, Pierro A. A systematic review of the impact of volume of surgery and specialization on patient outcome. *Br J Surg.* 2007;94:145-61.
3. Birkmeyer JD, Stukel TA, Siewers AE, Goodney PP, Wennberg DE, Lucas FL. Surgeon volume and operative mortality in the United States. *N Eng J Med.* 2003;349:2117-27.
4. Smith DL, Elting LS, Learn PA, Raut CP, Mansfield PF. Factors influencing the volume-outcome relationship in gastrectomies: a population-based study. *Ann Surg Oncol.* 2007;14:1846-52.
5. Hogan AM, Winter DC. Does practice make perfect? *Ann Surg Oncol.* 2008;15:1267-70.
6. Stitzenberg KB, Sigurdson ER, Egleston BL, Starkey RB, Meropol NJ. Centralization of cancer surgery: implications for patient access to optimal care. *J Clin Oncol.* 2009;27:4671-8.
7. Palser TR, Cromwell DA, Hardwick RH, Riley SA, Greenaway K, Allum W, et al. Re-organisation of oesophago-gastric cancer care in England: progress and remaining challenges. *BMC Health Services Res.* 2009;9:204.
8. Palser TR, Cromwell DA, Van der Meulen JH, Greenaway K, Riley SA, Hardwick RH. National Oesophago-gastric cancer audit. [consultado 23/7/2011]. Disponible en: <http://www.ic.nhs.uk/services/national-clinical-audit-support-programme-ncasp/audit-reports/oesophago-gastric-cancer>. 2010.
9. McCulloch P, Ward J, Tekkis PP. Mortality and morbidity in gastro-oesophageal cancer surgery: initial results of ASCOT multicentre prospective cohort study. *BMJ Clinical Research Ed.* 2003;327:1192-7.

Richard H. Hardwick

Cambridge Oesophago-Gastric Centre, Addenbrookes Hospital,
Cambridge, Reino Unido

0009-739X/\$ - see front matter
© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los
derechos reservados.
doi:10.1016/j.ciresp.2011.07.001