



Editorial

Proyecto del cáncer de recto de la Asociación Española de Cirujanos (Vikingo): Pasado y futuro



Rectal cancer project of the Spanish Association of Surgeons (Viking project): Past and future

El tratamiento estándar del cáncer de recto es la resección del recto junto con la escisión del mesorrecto. La utilidad de esta técnica se demostró con los resultados del Norwegian Rectal Cancer Project, ya que en Noruega, en esa época, no se usaba la neoadyuvancia, y por ello la disminución significativa de las tasas de recidiva local solo podían atribuirse a la cirugía.

Este proyecto surgió de la decisión tomada por los profesores de cirugía de las 7 universidades noruegas para mejorar los malos resultados observados en el tratamiento de esta enfermedad¹. Para ello, pusieron en práctica 2 iniciativas: formar en la técnica quirúrgica a los cirujanos de los 55 hospitales del país, mediante sesiones de demostración realizadas por autoridades en la técnica, y recoger los resultados de los pacientes operados en un registro que anualmente informaba a cada hospital de sus resultados y de los del conjunto de hospitales participantes, con la intención de conocer las posibles deficiencias. Este registro voluntario fue considerado obligatorio por los cirujanos noruegos, posteriormente cuando 10 años después fue financiado por el gobierno, se hizo obligatorio.

A la vista de los resultados de Noruega, en el año 2006, con el amparo de la Asociación Española de Cirujanos (ACE), y gracias a la ayuda desinteresada de los líderes del proyecto noruego, se inició el proyecto Español del Cáncer de Recto con el objetivo de formar en la cirugía de escisión del mesorrecto a los grupos multidisciplinarios del sistema público de salud que lo solicitaran². En 2010, se añadió como objetivo de este proyecto la amputación abdominoperineal extendida³. En total 104 hospitales fueron admitidos en el proyecto.

A pesar de que este proyecto, intenta imitar a los de Escandinavia, desde el inicio ha tenido diferencias con ellos en: inclusión de centros, características del registro, financiación del mismo por las asociaciones científicas y de pacientes, y reconocimiento por las autoridades sanitarias.

En Escandinavia^{4,5}, todos los cirujanos participaron en el proyecto docente, pero al demostrarse que los hospitales con

una casuística inferior a 12 resecciones de recto por año tenían peores resultados oncológicos, estos dejaron de operar esta enfermedad. En España, la inclusión de los hospitales en el proyecto ha sido voluntaria, y limitada a los hospitales que realizaran, al menos 12 resecciones de cáncer de recto por año.

En Noruega los pacientes de este proyecto se identificaban en el registro con el número de identidad único para cada ciudadano; esto evitaba los sesgos de inclusión, ya que al cruzar los datos del registro del proyecto con los del registro de tumores —de cumplimiento obligatorio— se podía comprobar que todos los pacientes diagnosticados de cáncer de recto en el país se encontraban en el registro del proyecto. Por otra parte, mientras el registro fue voluntario, el nombre de los hospitales estaba anonimizado; posteriormente cuando fue financiado por el gobierno el anonimato desapareció. En el Vikingo, tanto los nombres de los hospitales como de los pacientes están anonimizados, ya que ante la ausencia de un registro de tumores en España la identificación del paciente en la base de datos carecía de un claro objetivo.

A diferencia de Noruega, la financiación del proyecto en España no contó con aportaciones de sociedades científicas ni de asociaciones de pacientes. Se financió con la ayuda de la industria farmacéutica para realizar los cursos y con becas de investigación, solicitadas por integrantes del proyecto, para crear y mantener el registro hasta el año 2014. Desde entonces, el registro que actualmente permite conocer la actividad propia comparada con el conjunto de hospitales en cualquier momento, ha sido financiado por la AEC.

Aunque nuestros resultados han sido similares a los obtenidos en los registros de Escandinavia, confirmando la validez y utilidad del proyecto^{6,7}, las autoridades sanitarias (autonómicas y nacionales) no han reconocido oficialmente el valor de los mismos. La utilidad que este reconocimiento hubiera tenido para mejorar la atención a los pacientes, seleccionando los hospitales que debían tratar esta enfermedad, basándose en los resultados obtenidos por ellos es

trascendente, como se ha demostrado en los países escandinavos, en los que menos de la mitad de los hospitales están autorizados para tratar esta enfermedad, y con ello han conseguido disminuir progresivamente los efectos adversos y mejorar los resultados oncológicos.

En varios países europeos (Dinamarca⁸, Bélgica⁹, Holanda¹⁰, Irlanda¹¹, Noruega¹² y Suecia¹³) los proyectos nacionales multidisciplinares han conseguido que las autoridades sanitarias generen registros obligatorios, financiados por ellas, de los resultados inmediatos y alejados del tratamiento del cáncer de colon y del recto; y que además estos se ubiquen en una página web visible para los ciudadanos con los resultados de cada hospital¹¹. Además, estos registros disponen de herramientas, mediante la interacción con otros registros, para comprobar la calidad de los datos sin necesidad de desplazarse a los hospitales para hacer auditorías.

En España, actualmente, parece imposible seguir el camino de esos países, por lo que se puede decir que el futuro de este proyecto depende de que los hospitales participantes crean en él y sigan introduciendo los datos de nuevos pacientes y mantengan su seguimiento. El problema es que esta carga de trabajo adicional no reporta ningún beneficio, aparte del científico, a los hospitales. Sin embargo, conocer los resultados propios y compararlos con los del conjunto de los hospitales del proyecto permite identificar los errores, y tomar las medidas para corregirlos, siendo esta actividad, con la autocrítica que comporta, la más importante para la salud de los pacientes.

En conclusión, el mantenimiento del proyecto Vikingo debe hacerse por la convicción de que analizar la calidad de nuestro trabajo conlleva un beneficio para nosotros mismos y para nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wibe A, Møller B, Norstein J, Carlsen E, Wiig JN, Heald RJ, et al., Norwegian Rectal Cancer Group. A national strategic change in treatment policy for rectal cancer – implementation of total mesorectal excision as routine treatment in Norway. A national audit. *Dis Colon Rectum*. 2002;45:857–66.
2. Ortiz H. La escisión total del mesorrecto, un proceso docente y auditado de la Asociación Española de Cirujanos. *Cir Esp*. 2007;82:193–4.
3. Ortiz H, Ciga MA, Armendariz P, Kreisler E, Codina-Cazador A, Gómez-Barbadillo J, et al. Multicentre propensity score-matched analysis of conventional versus extended abdominoperineal excision for low rectal cancer. *Br J Surg*. 2014;101:874–82.
4. Wibe A, Eriksen MT, Syse A, Tretli S, Myrvold HE, Søreide O, Norwegian Rectal Cancer Group. Effect of hospital caseload on long-term outcome after standardization of rectal cancer surgery at a national level. *Br J Surg*. 2005;92:217–24.
5. Martling A, Cedermark B, Johansson C, Rutqvist LE, Holm T. The surgeon as a prognostic factor after the introduction of total mesorectal excision in the treatment of rectal cancer. *Br J Surg*. 2002;89:1008–13.
6. Ortiz H, Codina A. Resultados del proyecto docente y auditado del cáncer de recto de la Asociación Española de Cirujanos. Seis años desde su inicio. *Cir Esp*. 2013;91:496–503.
7. Ortiz H, Biondo S, Codina A, Ciga MA, Enríquez-Navascués JM, Garcia Granero E, et al. Hospital variation in 30-day mortality after rectal cancer surgery in the Spanish Association of Surgeons project: The contribution of hospital volume. *Cir Esp*. 2015. pii: S0009-739X(15)00233-X. doi: 10.1016/j.ciresp.2015.09.003.
8. Consultado Oct 2015. Disponible en: http://www.dccg.dk/03_Publikation/02_arsrapport.html
9. Jegou D, Penninckx F, Vandendael T, Bertrand C, van Eycken E, PROCARE. Completeness and registration bias in PROCARE, a Belgian multidisciplinary projection cancer of the rectum with participation on a voluntary basis. *Eur J Cancer*. 2015;51:1099–108.
10. Van Leersum NJ, Snijders HS, Henneman D, Kolfshoten NE, Gooiker GA, ten Berge MG, et al. The Dutch surgical colorectal audit. *Eur J Surg Oncol*. 2013;39:1063–70.
11. Burke JP, Coffey JC, Boyle E, Keane F, McNamara DA. Early outcomes for rectal cancer surgery in the Republic of Ireland following a national centralization program. *Ann Surg Oncol*. 2013;20:3414–21.
12. Ursin G, Møller B. Krefregisteret Årsrapport 2014 – Nasjonalkvalitetsregister for tykk-ogendetarmskreft. Oslo, September 2014.
13. Kokeda K, Johansson R, Zar N, Brgisson H, Dahlberg M, Skullman S, et al. Time trends, improvements and national auditing of rectal cancer management over an 18-year period. *Colorectal Dis*. 2015;17:168–79.

Hector Ortiz^{a,b} y Antonio Codina^{c,d,*}

^aDepartamento de Ciencias de la Salud, Universidad Pública de Navarra, Pamplona, Navarra, España

^bCoordinador del Proyecto Vikingo

^cServicio de Cirugía General y Digestiva, Universidad de Girona, Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta, Girona, España

^dCoordinador de la Sección de Coloproctología de la AEC

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: acodinac.girona.ics@gencat.cat
(A. Codina).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2015.11.009>

0009-739X/

© 2015 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.