



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Original

Estado de la cirugía de la enfermedad inflamatoria en España. Resultado de una encuesta nacional[☆]



Luis Sánchez-Guillén^{a,*}, Francisco Blanco-Antona^b y Mónica Millán-Scheiding^c

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitari y Politècnic La Fé, Valencia, España

^bServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^cServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 19 de julio de 2016

Aceptado el 16 de octubre de 2016

On-line el 22 de noviembre de 2016

Palabras clave:

Enfermedad inflamatoria intestinal

Enfermedad de Crohn

Colitis ulcerosa

Encuesta

Cirugía

RESUMEN

Introducción: La incidencia de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) está aumentando en España, pero existe poca información sobre su abordaje multidisciplinar, en particular sobre su manejo quirúrgico. El objetivo de este estudio es evaluar la opinión de los cirujanos españoles sobre la situación actual de la cirugía de la EII en nuestro país.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo del tipo encuesta cerrada que se envió a través de correo electrónico a los miembros de la Asociación Española de Cirujanos (AEC) durante los meses de enero a marzo de 2015. El cuestionario constaba de 52 ítems con preguntas sobre estructura y proceso, sobre el tratamiento quirúrgico y sobre la opinión de los cirujanos acerca de la calidad, satisfacción e investigación sobre la EII en su centro y en España.

Resultados: Un total de 192 cirujanos respondieron a la encuesta, la mayoría procedentes de hospitales de tercer nivel (45%), la mayoría de diferentes hospitales, algunos del mismo centro. Solo el 48,5% de los hospitales tienen equipos multidisciplinarios de EII. El planteamiento quirúrgico inicial es laparoscópico en el 56,1% de los casos y el 80% de los participantes en los centros con equipos multidisciplinarios considera el *timing* apropiado. El número de intervenciones anuales de EII en hospitales de tercer nivel es más alto que en hospitales de segundo nivel tanto en colitis ulcerosa (57 vs. 24% operan 10-15 pacientes/año, $p < 0,001$) como en enfermedad de Crohn (68 vs. 28% operan 3-5 pacientes/mes, $p < 0,001$). La mayoría de los centros, incluso los grandes hospitales, operan a menos de 10 pacientes con colitis ulcerosa al año y realizan ≤ 3 reservorios en J o pouch al año (por colitis ulcerosa y otras indicaciones) ($p < 0,001$). El 95% de los cirujanos considera que debe promoverse la centralización de casos complejos en unidades especializadas y la creación de registros nacionales.

Conclusiones: Según esta encuesta, parece que el volumen de cirugías de EII en España por centro no es elevado, ni siquiera en grandes hospitales, y muchos centros no cuentan con un equipo multidisciplinar de EII. No existen protocolos claros de derivación quirúrgica a centros de referencia o especializados. La mayoría de los participantes creen necesario el desarrollo de registros y aumentar la formación y la investigación en la cirugía de la EII en nuestro país.

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

[☆] Presentado como póster oral en ESCP Annual Meeting, Dublín, 23-25 de septiembre de 2015.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: drsanchezguillen@gmail.com (L. Sánchez-Guillén).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2016.10.007>

0009-739X/© 2016 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Perceptions on the surgical treatment of inflammatory bowel disease in Spain. Results of a national survey

ABSTRACT

Keywords:

Inflammatory bowel disease
Crohn's disease
Ulcerative colitis
Survey
Surgery

Introduction: The incidence of inflammatory bowel disease (IBD) is increasing in Spain but there is little information on the availability of multidisciplinary care. This study aims to assess surgeon's opinions on the current situation of surgery for IBD in Spain.

Methods: An electronic closed survey was sent to members of the Spanish Association of Surgeons (AEC) from January to March 2015. This was a 52-item anonymised questionnaire with questions about how the treatment of IBD patients is organized in each centre, the existence of specific units, the management strategy in IBD patients, and the opinion of colorectal, general and trainee surgeons about the surgical treatment of IBD in their centre and in Spain.

Results: One hundred and ninety-two surgeons responded. Most participants work in tertiary hospitals (45%), most of them from different hospitals, some from the same hospital. Only 50% of hospitals have multidisciplinary teams for IBD. The initial approach is laparoscopic in 56% of cases, and 80% of participants in centres with multidisciplinary teams consider the timing of surgery to be appropriate. The annual number of IBD surgeries in tertiary hospitals is higher than in secondary hospitals in ulcerative colitis (57 vs. 24% 10-15 patients/year, $P < .001$) and Crohn's disease (68 vs. 28% 3-5 patients/month, $P < .001$). Most centres operate less than 10 ulcerative colitis patients per year, even larger centres (67%) and they perform ≤ 3 J-pouches/month (ulcerative colitis and other indications) ($P < .001$). Ninety-five percent of surgeons consider that centralization of complex cases in specialized units and the creation of national registries should be developed. The majority of participants (70%) believe that there is a deficit in research and educational activities in IBD surgery in Spain.

Conclusion: This survey suggests that most Spanish hospitals have a low volume of IBD surgery, even large tertiary hospitals, and many centres do not have a multidisciplinary team dedicated to IBD patients. Most survey participants believe it is necessary to develop registries and increase training and research in IBD surgery in Spain.

© 2016 AEC. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La enfermedad inflamatoria crónica intestinal (EII) es una enfermedad recurrente que requiere un tratamiento a largo plazo para sus manifestaciones tanto intestinales como extraintestinales, incluidas las psicológicas. La enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU) tienen un impacto sustancial en la salud física, el desarrollo social y la calidad de vida de los pacientes¹⁻³. A lo largo de su vida alrededor del 20% de los pacientes con CU requerirá cirugía y hasta el 80% de los individuos con EC será tratado mediante algún tipo de intervención quirúrgica²⁻⁹.

En las enfermedades crónicas como la EII, los resultados a largo plazo se pueden mejorar sustancialmente mediante la aplicación de programas de gestión de la enfermedad. Se ha demostrado que el abordaje multidisciplinar de estos pacientes realizado por profesionales especializados disminuye la morbilidad, la necesidad de cirugía, e incluso la mortalidad, en pacientes con EII¹⁰⁻¹³. Un reciente consenso liderado por gastroenterólogos españoles² determinó que una unidad especializada de EII debe incluir como mínimo: enfermería especializada en EII, gastroenterólogos, radiólogos, cirujanos, endoscopistas y estomaterapeutas. Estos equipos multidisciplinares (EMD) deben ser capaces de ofrecer un tratamiento

individualizado, tanto durante el período de hospitalización como de forma ambulatoria, sin romper la continuidad de la atención. Sin embargo, existe poca información sobre la aplicación real de estas unidades en España. Se han realizado varios estudios multicéntricos en otros países sobre el manejo quirúrgico de la EII¹³, y en nuestro medio han sido publicados datos sobre el tratamiento médico y la calidad de vida percibida por el paciente¹⁴⁻¹⁷. Hasta el momento, no se han publicado estudios sobre el tratamiento quirúrgico de la EII en España.

El objetivo principal de este estudio es conocer la opinión de los cirujanos españoles sobre la realidad del tratamiento quirúrgico de la EII en España, y su gestión desde un punto de vista estructural y organizativo. Otros objetivos incluyen una descripción de los procedimientos quirúrgicos más comunes, y los recursos disponibles para los pacientes y cirujanos interesados en la EII.

Métodos

Se diseñó un estudio descriptivo del tipo encuesta cerrada que se envió a través de correo electrónico para solicitar su participación a los miembros de la Asociación Española de Cirujanos (AEC) durante los meses de enero a marzo de 2015.

Tabla 1 – Cuestionario enviado a los participantes para evaluar la configuración de las unidades de EII en España

Variable	Categorías
Ud. es	Cirujano general Cirujano colorrectal Residente de cirugía
Ud. tiene	<40 años 40-50 años >50 años
Tipo de hospital	Primer nivel o nivel I Segundo nivel o nivel II Tercer nivel o nivel III
Número de camas	<300 300-500 >500
¿Hay servicio de Gastroenterología en su hospital?	No
¿Hay Unidad de EII en su hospital?	Sí
¿Hay enfermería especializada en EII en su hospital?	No
¿Hay cirujanos con especial dedicación a la EII en su hospital?	Sí
Si es así, ¿cuántos?	1 2-3 4-5
¿Hay consultas específicas de cirugía de EII?	No
Si es así, ¿cuántas a la semana?	Sí <1 1 2-3 4-5
¿Con qué frecuencia programan la siguiente visita en pacientes de EII?	<1 mes 1 mes 2-3 meses >3 meses
¿El paciente puede acceder de forma urgente a su consulta?	No Derivado de URG
¿Existe una consulta de Gastroenterología sobre EII?	Sí
¿Conoce cuántas veces por semana se realiza?	Sí <1 1 2-3 4-5
¿Conoce con qué frecuencia se programa la próxima visita?	<1 mes 1 mes 2-3 meses >3 meses
¿El paciente puede acceder de forma urgente a la consulta de Gastroenterología?	No Derivado de URG
¿Existe en su hospital una consulta combinada de cirugía-gastroenterología de EII?	Sí
¿Existe en su hospital equipo multidisciplinar (EMD) de EII?	No
¿Con qué frecuencia se reúnen?	Sí Semanal Quincenal Mensual
¿Quiénes lo integran? (Señale los integrantes)	Cirujanos

Tabla 1 (Continuación)

Variable	Categorías
	Gastroenterólogos Radiólogos Enfermería Estomaterapeuta Psicólogos Endocrinólogo-nutricionista
¿Se decide en las mismas la estrategia quirúrgica a realizar?	No La mayor parte de las veces Sí
Si Ud. realiza la cirugía, ¿intenta mantener dicha actitud?	No La mayor parte de las veces Sí

Para la elaboración de la encuesta se utilizó un formulario a través del sitio web <https://www.google.es/intl/es/forms>.

La encuesta consistió en un cuestionario de 52 ítems: 23 recogidos en la *tabla 1* con preguntas sobre estructura y proceso, acerca de la organización del tratamiento de pacientes con EII en cada centro, manejo multidisciplinario y continuidad de cuidados, y 29 ítems en las *tablas 2 y 3* sobre el tratamiento quirúrgico y la opinión de los cirujanos acerca de la calidad, satisfacción e investigación sobre la EII en su centro y en España. Se definió como cirujano colorrectal a aquellos que pertenecen a una Unidad de Cirugía Colorrectal especializada dentro de un Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, al no existir en nuestro país un programa de formación acreditado y reconocido en coloproctología actualmente. Hemos considerado aquellos que no pertenecen a una Unidad de Coloproctología como cirujanos generales. Los cirujanos en formación eran residentes de Cirugía General y del Aparato Digestivo de cualquier año de formación. Dividimos los hospitales en 3 grupos: hospitales de primer nivel o nivel I (sin una Unidad de Cuidados Intensivos), hospitales de segundo nivel o nivel II (sin unidades de referencia subespecializadas) y hospitales de tercer nivel o nivel III (con unidades de referencia especializadas).

Análisis estadístico

Las diferencias en las respuestas se evaluaron mediante la prueba exacta de Fisher de 2 caras para las variables categóricas, utilizando el programa SPSS versión 19.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL, EE. UU.).

Resultados

Un total de 192 cirujanos contestaron el cuestionario, que fue enviado siguiendo el registro de direcciones electrónicas de la AEC y que incluye a cirujanos de todas las subespecialidades de cirugía (4.950 socios en total, 630 de la sección de Coloproctología). De los que lo iniciaron, el 100% completaron el estudio. La primera respuesta recogida fue el 28 de enero de 2015 y la última el 6 de abril de 2015, si bien la encuesta se mantuvo abierta hasta el 15 de abril de 2015.

Los datos demográficos de los participantes se detallan en las *tablas 4 y 5* y la distribución geográfica por comunidades autónomas en la *figura 1*. La mayoría de los encuestados eran

Tabla 2 – Cuestionario enviado a los participantes para evaluar el número de cirugías de EII en España

Variable	Categorías
Aproximadamente, ¿cuántas cirugías de colitis ulcerosa se realizan en su unidad de forma <u>anual</u> ?	<1 1-5 5-10 10-15 15-20 ≥20
Aproximadamente, ¿cuántas cirugías de enfermedad de Crohn se realizan en su unidad de forma <u>mensual</u> ?	<1 1-2 2-5 5-10 >10
Aproximadamente, ¿cuántas colectomías por EII se realizan en su unidad de forma <u>mensual</u> ?	<3 3-5 5-10 >10
Aproximadamente, ¿cuántas resecciones ileocecales por EII se realizan en su unidad de forma <u>mensual</u> ?	<3 3-5 5-10 >10
Aproximadamente, ¿cuántos reservorios en J se realizan en su unidad de forma <u>anual</u> ?	<3 3-5 5-10 >10
Aproximadamente, ¿cuántas ileostomías por EII se realizan en su unidad de forma <u>mensual</u> ?	<3 3-5 5-10 >10
Aproximadamente, ¿cuántas colocaciones setones/abscesos en Crohn perianal se realizan en su unidad de forma <u>mensual</u> ?	<3 3-5 5-10 >10
Otras operaciones (stricturoplastias, resecciones múltiples, etc.)	<3 3-5 5-10 >10
Las anteriores cirugías, ¿se realizan de forma programada o urgente?	Programada Urgente Ambas
¿Considera el «timing» de la cirugía correcto?	Correcto Podría mejorar Malo
El abordaje inicial del paciente con EII sin cirugías previas, ¿se realiza por laparoscopia?	Siempre Habitualmente Nunca
Si no operan a pacientes con EII, ¿tiene un centro de referencia donde derivarlos?	No Sí
¿Cómo se comunican con este centro?	A través del Servicio de Cirugía A través del Servicio de Gastroenterología
¿Cuántos pacientes remiten al año?	<10 10-30 30-50

EII: enfermedad infecciosa intestinal.

Tabla 3 – Cuestionario enviado a los participantes para evaluar la opinión de los cirujanos sobre la cirugía de la EII en España

Variable	Categorías
¿Cree que la EII se trata de forma adecuada en su hospital?	Sí Habitualmente Pocas veces No
¿Cómo definiría su relación con los digestivos en EII	Muy buena Buena Regular Mala
¿Cree necesario un registro de enfermedad de EII?	Sí No
¿Cree necesario un registro de reservorios en EII?	Sí No
¿Cree que los pacientes se benefician de ser atendidos en centros especializados donde se concentren los casos más complejos?	Sí, en casos complejos No
¿Considera adecuada la información proporcionada a los pacientes de enfermedad de Crohn?	Sí Podría mejorar No
¿Considera adecuada la información proporcionada a los pacientes de colitis ulcerosa?	Sí Podría mejorar No
¿Cómo considera la calidad de la atención recibida por los pacientes con EEII en su centro?	Muy buena Buena Regular Mala
¿Cuál es su valoración de los recursos disponibles en su centro para los enfermos de EEII?	Muy buena Buena Regular Mala
¿Conoce aproximadamente el gasto anual de cada enfermo de EEII?	Sí No
¿Considera adecuada la investigación sobre la EEII?	Sí No
¿Tiene acceso a dicha investigación?	Sí No
¿Considera que su hospital fomenta su formación en EEII?	Sí Podría mejorar No
¿Considera que la EII tiene la importancia adecuada en las distintas sociedades científicas?	Sí Podría mejorar No
¿Y en la AEC y en la AACP?	Sí Podría mejorar No

AEC: Asociación Española de Cirujanos; AACP: Asociación Española de Coloproctología; EII: enfermedad inflamatoria intestinal.

cirujanos generales (45,3%) o cirujanos colorrectales (43,2%), de hospitales de tercer nivel (44,5%) con más de 500 camas. Aunque la encuesta era anónima, los datos reflejan que la mayor parte de los cirujanos pertenecen a hospitales

diferentes. En aquellos casos en los que la provincia y el tipo de hospital coinciden, se ha encontrado una correlación en las respuestas del 85%. Mayoritariamente los centros disponen de un Servicio de Gastroenterología (96,2%) con endoscopistas y en el 78,1% existe una o varias consultas específicas de EII, pero solo el 32,4% tienen una enfermera dedicada a EII. La programación del seguimiento de los pacientes en estas consultas es variable (36,2% de forma mensual; 35,1% cada 2-3 meses).

Tabla 4 – Datos demográficos de las respuestas

	n	%
Cirujano general	87	45,3
Cirujano colorrectal	83	43,2
Residente de Cirugía	22	11,5
<40 años	79	41,1
40-50 años	58	30,2
>50 años	55	28,6
Primer nivel o nivel I	47	25,1
Segundo nivel o nivel II	57	30,5
Tercer nivel o nivel III	83	44,4

Tabla 5 – Diferencias entre los cirujanos según el tipo de hospital

	Residente de Cirugía %	Cirujano general %	Cirujano colorrectal %
Primer nivel o nivel I	9	74	17
Segundo nivel o nivel II	19	39	42
Tercer nivel o nivel III	8	34	58

El 42% de los hospitales refieren no tener un cirujano con especial dedicación a la EII, y solo el 19,9% de los hospitales tienen una consulta específica de cirugía sobre EII. En cuanto a la frecuencia del seguimiento, el 34,7% de los cirujanos programan de forma rutinaria el seguimiento de estos pacientes cada 2-3 meses, y el 17,3% en intervalos más largos.

Casi la mitad de los hospitales (48,5%) no tienen un EMD de EII. Los hospitales que sí tienen reuniones de EMD, con mayor frecuencia se reúnen de forma mensual (23,1%). En el 50,9%, durante estas reuniones se decide la estrategia quirúrgica y en el 77,4% de los casos se logra mantener durante la cirugía esta estrategia consensuada.

En cirugías de la EC, existe una diferencia significativa entre los hospitales de nivel III y II en el número de cirugías

mensuales (4,9 vs. 3,6% realizan > 5 cirugías de EC al mes, $p < 0,001$). También hay diferencias significativas en el número de cirugías entre hospitales de nivel I y de nivel III para resecciones ileocecales de EC, colectomías e ileostomías (tabla 6).

El 82% de los cirujanos refieren realizar menos de 3 procedimientos de EC al mes. Incluso si seleccionamos aquellos centros con cirujanos dedicados a EII, el número de procedimientos es bajo (fig. 2).

En cuanto a los procedimientos realizados en pacientes con CU, la mayoría de los centros operan a menos de 10 pacientes con CU por año, incluso en los centros más grandes (67,7%). Hay diferencia significativa entre los hospitales de nivel III y II en el número anual de cirugías por CU (32,3 vs. 12%; $p < 0,0001$) cuando se realizan más de 10 cirugías de CU por año (tabla 6).

El 45% de los hospitales de tercer nivel realizan menos de 3 reservorios en J o «pouch» al año, con diferencias significativas entre hospitales de nivel II y de nivel III (75,5 vs. 44,9%; $p < 0,001$ en < 3 reservorios por año) (tabla 6).

El abordaje quirúrgico inicial laparoscópico es más frecuente en hospitales de nivel III que en hospitales de nivel I (85% habitualmente o siempre vs. 69,7%, aunque no existen diferencias significativas: $p = 0,166$), al igual que la tendencia a programar las cirugías de los pacientes con EII (39,5 vs. 31,7% en los hospitales de primer nivel, en los que estos procedimientos son realizados más habitualmente por cirujanos generales y de manera urgente).

La gran mayoría de los cirujanos de los hospitales de nivel I y nivel II tienen una unidad de EII de referencia en un hospital de tercer nivel próximo (84,2 vs. 55,2%; $p < 0,001$), sin embargo, el número anual de pacientes referidos es bajo (menos de 10 pacientes el 81,3% de los hospitales primarios y el 94,4% de los hospitales secundarios).

Centrándonos en la opinión de los cirujanos acerca de la calidad del tratamiento de la EII, encontramos diferencias significativas. En centros con un EMD, el 60,4% de los cirujanos creen que el tratamiento de la EII es apropiado, frente a solo el

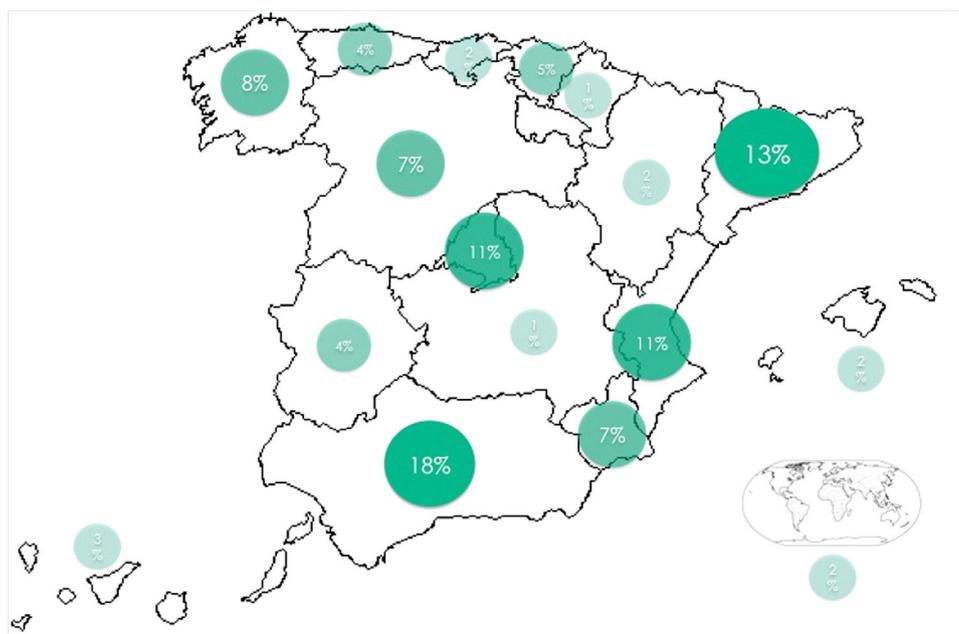
**Figura 1 – Distribución geográfica de los participantes.**

Tabla 6 – Diferencias en el número de procedimientos según el tipo de hospital

	Tipo de hospital %			p
	Primario	Secundario	Terciario	
N.º de intervenciones de colitis ulcerosa/año				
<10	87,1	87,8	67,7	< 0,001
>10	12,9	12,2	32,3	
N.º de intervenciones de enfermedad de Crohn/mes				
<5	100	96,4	95,1	< 0,001
>5	0	3,6	4,9	
N.º de resecciones ileocecales/mes				
<5	95,4	94,3	90,2	0,005
>5	4,6	5,7	9,2	
N.º de ileostomías/mes				
<5	100	94,3	84,8	0,005
>5	0	5,7	15,2	
N.º de reservorios/año				
<5	97,6	90,6	75,7	< 0,001
>5	2,4	9,4	24,3	

20,2% en centros sin EMD ($p < 0,001$). También hubo diferencias de opinión entre los cirujanos que trabajan en un centro con enfermería especializada en EII vs. centros sin ella (61,4 vs. 30,6%; $p = 0,001$ consideran correcto el tratamiento) (fig. 3).

De los 192 encuestados, 90 (52,3%) consideran que el momento de la cirugía o *timing* podría mejorar: en los hospitales con EMD el 44% lo consideró apropiado frente al 35% en los hospitales sin EMD ($p < 0,001$) (fig. 3).

El 53,8% opina que los pacientes se beneficiarían del tratamiento en centros especializados, aunque el 47,8% lo considera necesario solo en casos complejos.

Casi la totalidad (94%) de los encuestados coincide en que son necesarios registros nacionales para la cirugía de EII y el 89% considera que es especialmente importante para los reservorios ileoanales.

Por otro lado, la mayoría estima que la asistencia sanitaria actual proporcionada a los pacientes con EII es adecuada, pero solo el 24,6% consideró que era muy buena. El 47% cree que la información para los pacientes con EII podría mejorar. La mayoría de los cirujanos (85,2%) considera que su relación con los gastroenterólogos es «buena» o «muy buena», pero el 88,6% no conoce el coste anual de la atención a los pacientes con EII.

La mayoría de los cirujanos (59,3%) considera que la investigación en la cirugía de la EII y las actividades educativas son insuficientes en España, y casi el 70% no tiene acceso a la investigación ni a actividades sobre ella. El 74% cree que las sociedades científicas españolas quirúrgicas deben aumentar la investigación y las actividades formativas sobre el tratamiento quirúrgico de la EII.

Discusión

Este estudio pone de manifiesto que, en una encuesta a 192 cirujanos, la opinión general es que la cirugía de la EII en España podría mejorar. Según los encuestados, menos de la mitad de los hospitales españoles (48,5%) tienen un EMD dedicado a la EII (EMD EII). El número de procedimientos quirúrgicos es bajo en la mayoría de los hospitales y no parecen estar concentrados en centros especializados; aunque la mayoría de los cirujanos están de acuerdo con la necesidad de desarrollo de registros quirúrgicos y con aumentar la investigación y formación en cirugía de EII.

Solo el 42,2% de los hospitales españoles tienen cirujanos con especial dedicación a los pacientes con EII. Varios estudios realizados en otros países han demostrado la importancia de una integración estrecha y estructurada del tratamiento médico y quirúrgico para determinar el momento adecuado para la cirugía y prevenir las complicaciones postoperatorias^{19,20}. El «IBD Standards group» del Reino Unido recomienda que la cirugía la lleve a cabo un cirujano colorrectal experimentado con especial dedicación a la EII²⁰. También recomienda una interacción estructurada entre el gastroenterólogo y el cirujano colorrectal, y propone que realicen una consulta paralela o una consulta médico-quirúrgica conjunta en una Unidad de EII. Hemos detectado que en España hay

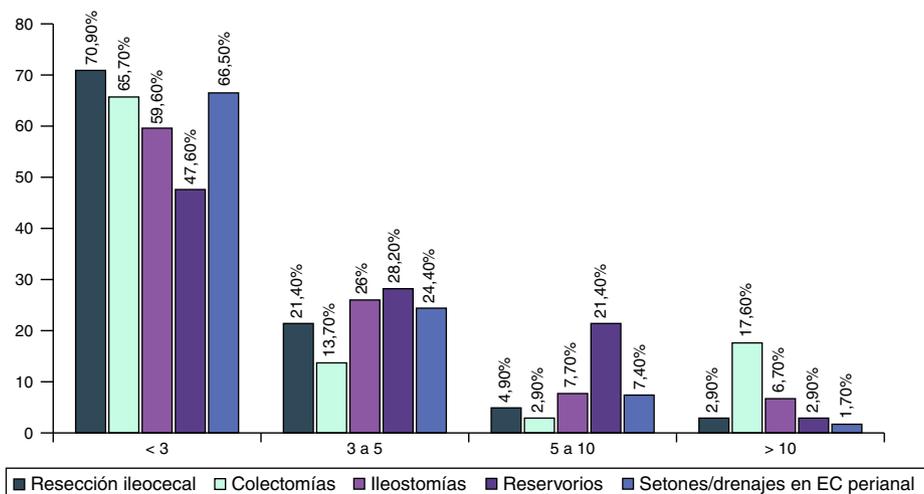


Figura 2 – Procedimientos realizados por cirujanos especializados en enfermedad inflamatoria intestinal al mes.

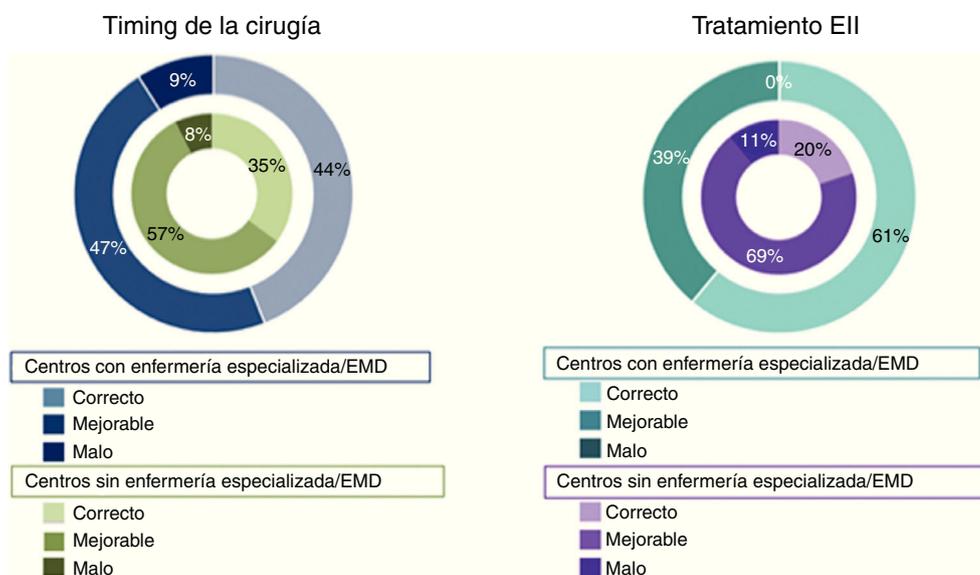


Figura 3 – Opinión de los cirujanos de hospitales con equipo multidisciplinar o enfermería especializada en enfermedad inflamatoria intestinal.

muy pocas consultas de cirugía específicas para pacientes con EII (19,2%) y que hay consultas combinadas médico-quirúrgicas en el 14,2% de los centros. El seguimiento de los pacientes es variable: entre los 2-3 meses de la intervención (34,7%) y menos de un mes (20%), sin ningún tipo de estrategia clara de seguimiento. Este hallazgo es notablemente diferente del tratamiento en Gastroenterología, con claros algoritmos de seguimiento²¹⁻²³.

Hay un número importante de cirujanos participantes (48,5%) que no cuentan con un EMD en su centro. Esto demuestra la falta de consenso y enfoque combinado en estas enfermedades en muchos hospitales españoles, a pesar de que se ha demostrado que los resultados de los pacientes mejoran cuando son tratados por un EMD dedicado a la EII²⁴. Las recientes recomendaciones de la Organización Europea sobre Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (ECCO) establecen los criterios para unidades multidisciplinarias y el papel del cirujano como miembro principal del equipo⁵. En España, en los centros que tienen un EMD de EII, por lo general tienen reuniones mensuales, y la estrategia quirúrgica se suele decidir en estas reuniones. Las directrices de la ECCO también ponen en relieve el valor de los enfermeros especializados en EII, que proporcionan una mejor gestión y un apoyo físico, emocional y educativo a estos pacientes¹⁸. El número de enfermeros especializados en EII en España es bajo (32,4%) y muy alejado del 62% publicado recientemente en Europa⁵.

Se observa una gran variabilidad en el volumen de procedimientos entre los diferentes centros, y hay muy pocos con un alto volumen de cirugías, incluso en centros de tercer nivel con más de 500 camas. El 77% de los encuestados realizan menos de 3 resecciones ileocecales al mes, y el 65,1% realiza menos de 3 reservorios ileoanales al año (tanto para la CU como para otras indicaciones). Aunque hay otros factores involucrados²⁵, existe una correlación entre una mayor tasa de morbilidad postoperatoria y hospitalización más prolongada en los hospitales con un menor volumen de cirugía de la

EII^{19,26}. La cirugía de la EII puede ser muy compleja y varios estudios han demostrado mejores resultados cuando es realizada por cirujanos experimentados, especialmente cuando se trata de complicaciones en procedimientos muy específicos, como los reservorios ileoanales²⁰. Esta encuesta muestra que muy pocos centros derivan pacientes a hospitales más especializados y, a pesar de que la mayoría de los hospitales más pequeños tienen centro de referencia, solo el 13,3% envía más de 10 pacientes por año. La mayoría de los procedimientos quirúrgicos se realizan en hospitales con bajo volumen de cirugías de EII.

Probablemente los cirujanos que respondieron a la encuesta son aquellos con interés específico en la EII. Al enviar la encuesta vía electrónica al buzón registrado en la AEC, no se sabe con certeza el número de socios reales que la recibieron. Teniendo en cuenta el número máximo de receptores posibles, la baja tasa de respuesta (15,5% de todos los miembros de la AEC y 30,5% de los miembros de la sección de Coloproctología) podría dar lugar a un grado de sesgo de selección, cuya magnitud se desconoce. La tasa de respuesta más alta se obtuvo entre los profesionales de hospitales de nivel III (hubo respuestas de 49 de los 78 hospitales de tercer nivel de España²⁷), menores de 50 años de edad. Aunque la encuesta fue anónima, teniendo en cuenta los hospitales de procedencia de los encuestados (44,4% de hospitales de tercer nivel) se puede presuponer que la mayoría de los encuestados son cirujanos interesados en la EII.

La creación de unidades acreditadas y de referencia de EII constituye un reto actual en el tratamiento de estos pacientes. Aunque aún falta evidencia para establecer la optimización de las unidades de EII, en particular con respecto a la composición de los EDM, recursos, formación, documentación y apoyo al paciente, un estudio español reciente ha propuesto un conjunto mínimo de requisitos para una Unidad de EII². En España, algunos centros pueden no tener los recursos para desarrollar estos valores ideales, y los autores proponen que

varios hospitales trabajen juntos para mejorar la disponibilidad de recursos específicos². Según nuestro estudio, el 53,8% cree que los pacientes se beneficiarían de un tratamiento en centros especializados, sobre todo en casos complejos, pero el número global de pacientes derivados al año es bajo. Estos temas requieren una mayor investigación y consenso.

Este estudio es, a nuestro entender, el primero en evaluar la opinión de los cirujanos españoles sobre el estado de la cirugía de la EII en España. Se ha observado que, en nuestro país, el número y tipo de procedimientos realizados para la EII es muy variable entre los centros, y hay una falta de directrices para el tratamiento quirúrgico y de formación específica en cirugía de la EII en comparación con otros centros de Europa⁵. El presente estudio señala la necesidad de desarrollar estrategias para estandarizar los procedimientos quirúrgicos y crear registros en España, así como de fomentar la investigación y la formación quirúrgica en la cirugía de la EII. Es evidente que hay mucho margen de mejora en la calidad de la atención que los cirujanos ofrecen a los pacientes con EII en nuestro país y esta encuesta podría ser la base para la creación de estudios prospectivos y registros sobre la cirugía de la EII en España.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses con relación al presente trabajo.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer a la Asociación Española de Cirujanos (AEC) y a la Asociación Española de Coloproctología (AACP) su apoyo a esta iniciativa; a todos los cirujanos que participaron en la encuesta, y, de manera especial, desean dar las gracias al Dr. José Luis Ramos por su ayuda en la difusión de la encuesta por correo electrónico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Panes J. Enfermedad inflamatoria del intestino. Med Interna. 2012; Barcelona: Elsevier.
2. Calvet X, Panes J, Alfaro N, Hinojosa J, Sicilia B, Gallego M, et al. Delphi consensus statement: Quality indicators for inflammatory Bowel Disease Comprehensive Care Units. *J Crohns Colitis*. 2014;8:240-51.
3. Caprilli R, Gassull MA, Escher JC, Moser G, Munkholm P, Forbes A, et al. European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: special situations. *Gut*. 2006;55 Suppl 1:i36-58.
4. Sachar DB. Recurrence rates in Crohn's disease: Predicting the future and predicting the past. *Gut*. 2006;55:1069-70.
5. Louis E, Dotan I, Ghosh S, Mlynarsky L, Reenaers C, Schreiber S. Optimising the inflammatory bowel disease unit to improve quality of care: Expert recommendations. *J Crohns Colitis*. 2015;9:685-91.
6. Bernell O, Lapidus A, Hellers G. Risk factors for surgery and postoperative recurrence in Crohn's disease. *Ann Surg*. 2000;231:38-45.
7. Olaison G, Smedh K, Sjodahl R. Natural course of Crohn's disease after ileocolic resection: Endoscopically visualised ileal ulcers preceding symptoms. *Gut*. 1992;33:331-5.
8. Rutgeerts P, Geboes K, Vantrappen G, Kerremans R, Coenegrachts JL, Coremans G. Natural history of recurrent Crohn's disease at the ileocolonic anastomosis after curative surgery. *Gut*. 1984;25:665-72.
9. Lock MR, Farmer RG, Fazio VW, Jagelman DG, Lavery IC, Weakley FL. Recurrence and reoperation for Crohn's disease: The role of disease location in prognosis. *N Engl J Med*. 1981;304:1586-8.
10. Van Assche G, Dignass A, Reinisch W, van der Woude CJ, Sturm A, de Vos M, et al. The second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Special situations. *J Crohns Colitis*. 2010;4:63-101.
11. Burke JP, Doherty GA, O'Connell PR. A survey of current practices used to maintain surgically induced remission following intestinal resection for Crohn's disease. *Int J Colorectal Dis*. 2013;28:1073-9. <http://dx.doi.org/10.1007/s00384-013-1668-y>.
12. Nguyen GC, Nugent Z, Shaw S, Bernstein CN. Outcomes of patients with Crohn's disease improved from 1988 to 2008 and were associated with increased specialist care. *Gastroenterology*. 2011;141:90-7.
13. Hirakawa T, Kato J, Takahashi S, Suzuki H, Akita M, Saito S, et al. Disparity in clinical care for patients with inflammatory bowel disease between specialists and non-specialists. *Gastroenterology*. 2012;142:S-779.
14. Mawdsley JE, Irving PM, Makins RJ, Rampton DS. Optimizing quality of outpatient care for patients with inflammatory bowel disease: The importance of specialist clinics. *Eur J Gastroenterol and Hepatol*. 2006;18:249-53.
15. Taxonera C. Consultas monográficas y unidades de enfermedad inflamatoria intestinal ¿Son necesarias? *Enfermedad Inflamatoria intestinal al día*. 2009;101:187-94.
16. Herrerias-Gutierrez JM, Arguelles F, Moreno M, de Dios J, Martín-Vivaldi R, Domínguez A, et al. Results of a survey about specific inflammatory bowel disease units in Andalusia. *Rev Esp Enferm Dig*. 2009;101:187-94.
17. Casellas F, Fontanet G, Borrueal N, Malagelada JR. The opinion of patients with inflammatory bowel disease on healthcare received. *Rev Esp Enferm Dig*. 2004;96:174-84.
18. O'Connor M, Bager P, Duncan J, Gaarenstroom J, Younge L, Détré P, et al. N-ECCO consensus statements on the European nursing roles in caring for patients with Crohn's disease or ulcerative colitis. *J Crohns Colitis*. 2013;7:744-64.
19. Nguyen GC, Steinhart AH. The impact of surgeon volume on postoperative outcomes after surgery for Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2014;20:301-6.
20. IBD Standards Group. Standards for the Healthcare of People Who Have Inflammatory Bowel Disease (IBD). 2013 update. St Albans, UK: Oyster Healthcare Communications 2013; [consultado 16 Ene 2016]. Disponible en: http://www.ibdstandards.org.uk/uploaded_files/ibdstandards.pdf
21. Nos P, Domenech E. Postoperative Crohn's disease recurrence: A practical approach. *World J Gastroenterol*. 2008;14:5540-8.
22. Regueiro M, Schraut W, Baidoo L, Kip KE, Sepulveda AR, Pesci M, et al. Infliximab prevents Crohn's disease recurrence after ileal resection. *Gastroenterology*. 2009;136:441-50.e1; quiz 716.
23. De Cruz P, Kamm MA, Hamilton AL, Ritchie KJ, Krejany EO, Gorelik A, et al. Crohn's disease management after intestinal resection: A randomised trial. *Lancet*. 2015;385:1406-17.
24. Ricci C, Lanzarotto F, Lanzini A. The multidisciplinary team for management of inflammatory bowel diseases. *Dig Liver Dis*. 2008;40 Suppl2:S285-8.

-
25. Frolkis AD, Lipton DS, Fiest KM, Negron ME, Dykeman J, de Bruyn J, et al. Cumulative incidence of second intestinal resection in Crohn's disease: A systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Am J Gastroenterol.* 2014;109:1739-48.
 26. Kaplan G, McCarthy E, Ayanian JZ, Korzenik J, Hodin R, Sands BE. Impact of hospital volumen on postoperative morbidity and mortality following a colectomy for ulcerative colitis. *Gastroenterology.* 2008;134:680-7.
 27. Catálogo Nacional de Hospitales 2013: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [consultado 10 Ene 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/docs/CNH2013.pdf>.