



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Editorial

Sectorización del manejo médico y quirúrgico de la enfermedad inflamatoria intestinal



Sectorization of medical and surgical management of inflammatory bowel disease

La enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU) son enfermedades de base inmunológica que siguen un curso crónico y recurrente. Su incidencia ha aumentado en las últimas décadas¹, y ambas enfermedades condicionan un importante deterioro de la calidad de vida del paciente. Debido a su complejidad y a la necesidad de una acción coordinada de gastroenterólogos y cirujanos, además de enfermería especializada, reumatólogos, dermatólogos, radiólogos y patólogos, el tratamiento implica unos elevados costes directos e indirectos².

Al tratarse de enfermedades con una relativa baja prevalencia, los pacientes están expuestos a una atención subóptima en las diversas fases de la enfermedad, ya sea por un diagnóstico tardío o incompleto, o por no disponer de un tratamiento médico o quirúrgico adecuado con consecuencias, en muchas ocasiones, irreversibles.

Un aspecto especialmente relevante es el manejo quirúrgico de los pacientes con EC y CU. Un 20% de los pacientes con CU, y hasta un 70% de pacientes con EC requerirán un tratamiento quirúrgico por la refractariedad al tratamiento médico, aparición de estenosis o abscesos abdominales, displasia o cáncer colorrectal, o enfermedad perianal. En pacientes con CU, la proctocolectomía total con reservorio ileoanal es la técnica más utilizada. En estos casos, la experiencia del cirujano es el factor determinante más importante con respecto a las complicaciones quirúrgicas agudas, y a la funcionalidad del reservorio a largo plazo. En este sentido, el número de deposiciones diarias y las tasas de incontinencia fecal de pacientes portadores de un reservorio ileoanal operados por cirujanos con un alto volumen de intervenciones es significativamente inferior a la de aquéllos operados por cirujanos con menor experiencia³⁻⁵. En la EC, la cirugía laparoscópica, con las ventajas evidentes que aporta, solo podrá ser ofrecida en centros con experiencia y alto volumen de cirugía colorrectal. La experiencia del cirujano afecta incluso a la mortalidad, que, aun siendo baja, es un 50%

superior en centros con bajo volumen de cirugía en relación con los centros de alto volumen³⁻⁵. Por ello es necesario individualizar el nivel de atención de los pacientes, de manera que se garantice en todos los casos los procedimientos, estructuras y resultados requeridos.

Un consenso liderado por el Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU) concluyó que una unidad de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) debe incluir como mínimo gastroenterólogos, cirujanos, enfermería especializada, radiólogos, endoscopistas y estomaterapeutas⁶. Recientemente, un grupo de gastroenterólogos expertos en EII de la Sociedad Catalana de Digestología (SCD) ha elaborado un plan estratégico para la organización de las unidades de EII, con la finalidad de mejorar la atención médica de esta enfermedad en el territorio catalán⁷. En este plan se ha realizado un mapa de los 58 centros sanitarios públicos de Cataluña, en función de la existencia de una Unidad de EII formalmente constituida, experiencia en la utilización de fármacos de segunda y tercera línea (biológicos), volumen de cirugía y alternativas terapéuticas específicas (terapia celular y ensayos clínicos). En este informe destaca que solo el 50% de los hospitales catalanes disponen de Unidad de EII, el 36% tiene enfermería especializada, el 63% tienen una consulta de gastroenterología monográfica de EII y solo un 45% tienen un cirujano de referencia. El plan estratégico propone 4 niveles asistenciales: hospital primario o de proximidad (sin servicio de aparato digestivo); hospital secundario con servicio de aparato digestivo sin Unidad de EII, hospital secundario con Unidad de EII, hospitales terciarios de alta complejidad con Unidades de EII con cirugía de alta especialización y opción de inclusión en ensayos clínicos.

Es evidente que, para mantener una asistencia equitativa, homogénea y de excelencia es imprescindible establecer un adecuado flujo bidireccional de pacientes entre los diferentes niveles asistenciales, de manera que, en función de los requerimientos de la enfermedad, el paciente tenga un fácil

acceso desde los centros de proximidad (hospitales primarios) a unidades especializadas.

En la organización de estos flujos de pacientes, es clave el papel del cirujano, y su opinión respecto a las estructuras y funcionamiento de las Unidades de EII, información que no estaba disponible hasta la fecha.

En este número de CIRUGÍA ESPAÑOLA, se presenta una encuesta realizada a los miembros de la Asociación Española de Cirujanos (AEC) que aborda esta cuestión⁸. Se realizan preguntas sobre la organización, manejo multidisciplinar y tratamiento quirúrgico en los respectivos centros de trabajo de los encuestados. A pesar de que solo el 15% de los cirujanos de la AEC contestaron, los autores obtuvieron representación de todas las comunidades autónomas, y de hasta 48 hospitales terciarios. Entre los aspectos más relevantes, cabe destacar que hasta el 48,5% de los cirujanos no dispone de Unidad de EII, y un 42% refiere no disponer en su centro de un cirujano con especial dedicación a la EII (resultados muy similares a los obtenidos por la SCD). Por otro lado, existen diferencias significativas en la posibilidad de un abordaje laparoscópico tanto en cirugía electiva como urgente. Especialmente llamativo es que el número de reservorios anuales realizados es muy bajo. De hecho, solo el 24% de hospitales terciarios realiza más de 5 reservorios al año. Cabe recordar que los centros que realizan un elevado número de procedimientos (> 10 reservorios/año) obtienen mejores resultados en cuanto al número de deposiciones diarias, incontinencia diurna y nocturna, y disfunción sexual.

También es importante destacar que una mayoría de los cirujanos considera que los pacientes se beneficiarían del tratamiento en centros especializados, y que son necesarios registros nacionales para la cirugía de la EII, especialmente para los reservorios ileoanales.

Por todo ello, es imprescindible que las diferentes sociedades científicas, la Administración sanitaria y los propios centros hospitalarios faciliten y colaboren en la organización de estos circuitos bidireccionales entre centros primarios y Unidades de EII, que aseguren una atención sanitaria equitativa y de calidad, independientemente del lugar de residencia del paciente. En el caso de la cirugía, es especialmente relevante la necesidad de disponer de un mapa de cirugía territorial acreditada y de un registro nacional para determinadas intervenciones. Este registro debería contar con indicadores de calidad suficientes para mantener la acreditación con la finalidad de concentrar al máximo la experiencia de tratamientos poco frecuentes en los que el volumen de intervenciones es un factor decisivo en el resultado final.

La EC y la CU son enfermedades actualmente incurables. Sin embargo, los profesionales sanitarios podemos (y debemos) mejorar la calidad de vida de los pacientes que las padecen, y para ello disponemos de un gran abanico de opciones médicas y quirúrgicas. Es nuestra responsabilidad

que estas opciones terapéuticas se ofrezcan sin demoras y de forma equitativa.

BIBLIOGRAFÍA

1. López-Serrano P, Pérez-Calle JL, Carrera-Alonso E, Pérez-Fernández T, Rodríguez-Caravaca G, Boixeda-de-Miguel D, et al. Epidemiologic study on the current incidence of inflammatory bowel disease in Madrid. *Rev Esp Enferm Dig.* 2009;101:768-72.
2. Van der Valk ME, Mangen MJ, Leenders M, Dijkstra G, van Bodegraven AA, Fidder HH, et al. Healthcare costs of inflammatory bowel disease have shifted from hospitalisation and surgery towards anti-TNF α therapy: Results from the COIN study. *Gut.* 2014;63:72-9.
3. 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.
4. 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.
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. Calvet X, Panés 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.
7. Panés J, Guardiola J, Esteve M, Calvet X, Domenech E, Piqueras M. Plan estratégico: Área estratégica de organización de las Unidades de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (2014-2018) [consultado 15 May 2016]. Disponible en: http://www.scdigestologia.org/docs/plans_estrategics/Pla_EstrategicMIL_area_estrategica.pdf
8. Sánchez-Guillén L, Blanco-Antona F, Millán-Scheidig M. Estado de la cirugía de la Enfermedad Inflamatoria en España. Resultado de una encuesta nacional. *Cir Esp.* 2016;94:560-8.

Francisco Rodríguez-Moranta* y Jordi Guardiola
Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Patología Digestiva, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: frmoranta@bellvitgehospital.cat
(F. Rodríguez-Moranta).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2016.11.001>

0009-739X/

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