

VICENTE GUILLEM

**«En España no sabemos por
qué unos hospitales son
mejores que otros»**



Conversamos sobre los últimos avances de la investigación del cáncer con Vicente Guillem Porta, jefe de servicio de Oncología de la Fundación Instituto Valenciano de Oncología (IVO) y nuevo miembro de la Real Academia de Medicina de la Comunitat Valenciana

KRISTIN SULENG @KSuleng
FOTOGRAFÍAS DE DANIEL DUART

«Ganando la batalla al cáncer» no es solo el título con el que el reconocido oncólogo Vicente Guillem Porta (Aldaia, 1953) presentó el pasado febrero su ponencia con motivo del día de su ingreso oficial como miembro de la Real Academia de Medicina de la Comunitat Valenciana. El lema condensa una trayectoria de cuatro décadas consagrada a la asistencia clínica de los pacientes de cáncer, tanto al frente del servicio de Oncología Médica de la Fundación Instituto Valenciano de Oncología (IVO) como de la Clínica Oncológica del Hospital 9 de Octubre, una labor cuya mayor satisfacción encuentra en la relación diaria con los enfermos.

Tras atender a un grupo de visitantes procedentes de Bolivia, Colombia y Perú, Guillem abre a Plaza las puertas de su consulta en el IVO a un día de viajar a Orlando para asistir a una reunión con la National Comprehensive Cancer Network en calidad de presidente de la Fundación para la Excelencia y la Calidad de la Oncología. Ante el repliegue de las concesiones sanitarias, este oncólogo celebra tanto los progresos de la medicina privada como la calidad de la asistencia oncológica en general, con la que España supera a Estados Unidos, pese a las carencias organizativas de un sistema sanitario falto de agilidad, reconoce.

— ¿Qué avances en oncología considera más importantes?

— Los grandes avances se están dando a nivel conceptual y llegarán a los

pacientes como ya lo están haciendo otros de hace tres años. El gran cambio ha sido la secuenciación del genoma humano en 2001, después de once años de investigación y con tres mil científicos y una subvención de más de tres billones de dólares detrás. Sus repercusiones en oncología son incuestionables. Hasta ahora se creía que todos los cánceres eran iguales, pero ahora se sabe que son mutaciones distintas en cada tumor y en cada paciente. Existen cuatro tipos distintos de cáncer de mama estandarizados. En el cáncer de pulmón hay quince enfermedades diferentes. Cada tipo tiene distinta etiología (origen o causas), distinta evolución y distintos tratamientos y pronósticos; son enfermedades distintas. La secuenciación del genoma nos lo dice pero no se pueden gastar diez millones en cada paciente para ver las mutaciones de su tumor. Pero la biopsia líquida, de reciente incorporación, implicará que, con cinco mililitros de sangre y un aparato que cabe en una mano, se secuencie todo el genoma para detectar las alteraciones genéticas y diseñar el tratamiento adecuado para el paciente.

— Dice que no llegará a ver ciertos avances prometedores. Pero ¿le encontrará trabajando el final de la quimioterapia? ➤

«A la quimioterapia le debemos mucho. Habrá avances que además de, o junto con, la quimioterapia ayudarán, pero tardará en desaparecer»



➤ — No me gustaría ser tan despectivo con la quimioterapia como la gente suele ser. A la quimioterapia le debemos mucho. No estoy tan convencido de que se acabe mañana. Habrá avances que además de, o junto con, la quimioterapia ayudarán mucho a los pacientes, pero para que la quimioterapia desaparezca tardaremos mucho tiempo. Las personas que protestan por sus efectos tienen razón, pero la quimioterapia sigue curando y aumentando la supervivencia de mucha gente. Los pacientes preguntan si les vas a poner todo lo nuevo que hay porque no quieren quimioterapia. Esto no es así. Hay que ver qué enfermedad tiene y cuáles son sus mutaciones. Algunas pueden tener fármacos dirigidos, pero solo llega a un 5% de los pacientes. Se nos llena la boca con los grandes avances en algunos pacientes. Es verdad que pacientes con cánceres de pulmón o melanomas metastásicos, que morían en seis meses hace cinco años, ahora sobreviven años. El cambio fundamental no va a ser que desaparezca la quimioterapia, sino saber lo que hay que darle a cada paciente.

— **Usted se declara defensor de los cribados, que en Europa y en Estados Unidos se aplican al cáncer de mama, de colon y de cérvix. ¿Habría que extenderlos al cáncer de pulmón?**

— Soy defensor del cribado pero con matices. El diagnóstico precoz es fundamental en muchos tumores, pero solo en los más frecuentes y con mayor mortalidad. La premisa fundamental es diagnosticarlos cuanto antes mejor, pero al hacer el cribado en población sana se necesitan pruebas ágiles, seguras y económicas. Hasta ahora se ha demostrado,

aunque con críticas, que son tres las enfermedades en las que con programas de diagnóstico precoz globales se disminuye la mortalidad. Un tema emergente es el cáncer de pulmón, que es el cáncer que más mata, para el que ahora existe un TAC helicoidal de baja radiación capaz de diagnosticar el tumor precozmente. El IVO ha participado en un estudio piloto mundial dirigido por la Universidad de Cornell de Nueva York que ha demostrado que este tipo de TAC puede diagnosticar un tumor en estadios precoces y aumentar el número de curaciones de los pacientes. Un tema no fácil de resolver son los falsos negativos, porque el TAC ve muchas lesiones que a veces no son tumorales y se hacen cirugías que no se hubieran hecho de otra forma. Y también es necesario reducir el precio de las exploraciones radiológicas con TAC.

— **¿Y en el caso del cáncer de próstata?**

— El diagnóstico precoz del cáncer de próstata se está haciendo desde hace treinta años; además tiene un test fácil y barato, el PSA. Pero no hay que hacerlo de forma global. No es como el cáncer de pulmón; su etiología y su frecuencia son distintas. Muchos de los cánceres de próstata son indolentes. Si hiciéramos una necropsia a pacientes de 75 años, que ahora hay muchos que mueren de un infarto, y les viéramos la próstata, casi la mitad tendría cáncer de próstata sin haber sido diagnosticado porque no ha hecho falta. No hay que olvidar que cuando se diagnostica, hay que someter al paciente a unos tratamientos tremendamente tóxicos con efectos como la impotencia y la incontinencia, y los hombres llevan mucho peor la incontinencia que la impotencia, aunque no lo dicen, y psicológicamente lo llevan muy mal. El problema es que cuando se compara a cien mil pacientes con PSA anuales y a cien mil pacientes sin PSA la mortalidad por cáncer de próstata de aquí a veinte años es la misma en ambos grupos, por lo que el cribado en este caso no se justifica.

— **Entre sus actividades destaca la de presidir la Fundación para la Excelencia y la Calidad de la Oncología (ECO) desde 2015. Un hito de la fundación ha sido el acuerdo con la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) para adaptar en España las guías de práctica clínica oncológica de Estados Unidos.**

— La fundación la forman 28 jefes de servicio de oncología de los hospitales más prestigiosos de España, desde la que trabajamos en foros de discusión y seminarios para abordar cuestiones como la accesibilidad o el derecho de la medicina privada a tener la misma calidad y el mismo acceso a la innovación que la sanidad pública. En nuestra actividad hay dos hitos absolutos. El convenio con la NCCN, la organización americana constituida por los dieciocho mejores hospitales de oncología de EEUU que elaboran las guías

«Soy defensor del cribado pero con matices. El diagnóstico precoz es fundamental, pero solo en los tumores más frecuentes»

terapéuticas de práctica médica más utilizadas en todo el mundo. España es el primer país al que han permitido adaptar sus guías. Las hemos adaptado en cinco tumores contando con los mayores expertos en España. Gracias a esto, hemos firmado un convenio con la junta directiva de la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO) y hemos conseguido que la QOPI, la organización que acredita la calidad de los servicios de oncología en EEUU, nos haya permitido acreditar los servicios de oncología españoles. Seleccionamos doce hospitales de la fundación para una prueba piloto gratuita de autoevaluación y todos aprobamos. La certificación acredita, por la ASCO, que el servicio de oncología es un servicio de excelencia. En junio, al IVO nos acreditan definitivamente y quieren que España sea la puerta de entrada en Europa para que se acrediten los hospitales europeos.

— **Usted pertenece al IVO casi desde sus inicios, ¿qué balance hace de su papel en el sistema asistencial valenciano?**

— Ha sido el referente de la oncología en la Comunitat Valenciana y en parte en España. Ha crecido de forma muy importante, adaptando todas las nuevas tecnologías y adquiriendo todos los nuevos conocimientos. Aunque el resto de estructuras sanitarias han mejorado mucho todos los aspectos oncológicos asistenciales, el IVO no ha dejado de ser el referente; es un centro especializado con todas sus grandes ventajas de agilidad e interdisciplinariedad, aunque ya no tenga el mismo papel que antes.

— **¿Cómo definiría su actual situación en el contexto de repliegue de las concesiones?**

— Es cierto que debe redefinirse pero entiendo lo que pueda decir otra gente. No todos nos aceptan porque, además de tener la gestión privada, a veces somos mucho más ágiles que los demás. Esto, a lo mejor, a algunos no les hace gracia porque a los otros hospitales les gustaría ser tan ágiles como lo podamos ser nosotros, pero su estructura se lo impide. El problema es que no es fácil cuantificarlo. En España no medimos los resultados obtenidos. No sabemos muy bien por qué unos hospitales son mejores que otros. Se sabe que hospitales funcionan un poco mejor y un poco peor pero, *grosso modo*, no hay parámetros de medición y de evaluación de los resultados en la práctica diaria. No sabemos, por ejemplo, cuánto sobreviven nuestros pacientes. Sabemos números globales del cáncer en general de la Comunitat Valenciana, pero cuánto tiempo viven los pacientes del Clínico, los de La Fe y los del IVO lo desconocemos; no está publicado en ninguna parte. 🗞