



# CIRUGÍA ESPAÑOLA

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## Editorial

### **Failure to rescue en cirugía colorrectal: ¿cómo disminuir la mortalidad por dehiscencia de anastomosis?**



### **Failure to rescue in colorectal surgery: How to minimize anastomotic leak mortality?**

La cirugía colorrectal se asocia, todavía hoy, a una elevada morbilidad con enormes variaciones entre distintas unidades de cirugía colorrectal<sup>1</sup>. En gran medida, estas diferencias se han relacionado clásicamente, entre otros factores, con el tipo de población atendida, la edad de los pacientes, sus comorbilidades y la complejidad del tratamiento quirúrgico realizado<sup>2</sup>. Es por ello por lo que, en la mayoría de las auditorías clínicas, se utiliza la mortalidad «ajustada», para utilizar un lenguaje común y poder comparar los resultados de distintas unidades e incluso para crear un *benchmarking* (selección de los centros o unidades con mejores resultados). Pero ningún indicador es perfecto<sup>3</sup>.

Silber et al.<sup>4</sup>, ya hace algunos años, describieron el concepto de *failure to rescue* (FTR) para referirse a los pacientes que fallecían como resultado de alguna complicación después de un tratamiento quirúrgico. El mismo grupo identificó la enorme variabilidad existente en el FTR en distintas unidades de cirugía cardíaca en EE. UU. a pesar de que hallaron pocas variaciones en el porcentaje de complicaciones entre las unidades estudiadas<sup>5</sup>. De alguna manera, este hallazgo demostró que, si bien es relevante el disminuir las complicaciones, más relevante por su efecto en la mortalidad es su manejo para que estas tengan una resolución adecuada. El indicador se calcula como la proporción de mortalidad entre los pacientes que tienen alguna complicación, y ha sido especialmente utilizado en cirugía colorrectal, donde la morbilidad es más elevada que en otras disciplinas, incluso en la cirugía electiva<sup>6</sup>.

Desde hace ya algunos años en el Reino Unido se ha descrito un nuevo concepto en el FTR: la mortalidad en aquellas complicaciones que podrían solventarse quirúrgicamente o *failure to rescue surgical*. Por ejemplo, la reintervención por una dehiscencia de anastomosis colorrectal<sup>7</sup>. Este indicador permite de una manera más precisa analizar cada complicación por separado y evaluar si el proceso en la detección, tratamiento y resultados de la complicación es el adecuado o presenta áreas de mejora.

En esta línea, recientemente se publicaron los resultados de 150 hospitales del NHS, o sistema nacional de salud, en Inglaterra en el periodo comprendido entre el año 2000 y el año 2008, que incluían 144.542 pacientes, en los que el FTR se situó alrededor del 15%. Curiosamente, destacó la gran variabilidad de resultados entre centros, pero dichas diferencias no se correspondieron con el tiempo de demora de la reintervención quirúrgica ni con otros datos relacionados con la cirugía de las complicaciones. Es por todo ello por lo que parece que es un indicador que evalúa de una forma más global todo el proceso asistencial, y comprende la decisión del cirujano, el tratamiento médico perioperatorio, el manejo del paciente crítico en UCI y el manejo de las complicaciones, no solo quirúrgicamente sino también, por ejemplo, con radiología intervencionista<sup>7</sup>.

A través de estos datos se pudo analizar con detalle cuáles fueron las reintervenciones que estaban asociadas con una mayor mortalidad. Entre ellas, destacaron las que van asociadas a la nueva creación de un estoma, una nueva resección colorrectal y un lavado de la cavidad peritoneal, poniendo en evidencia que la complicación más grave es la dehiscencia de sutura colorrectal. Esta complicación estuvo asociada a una mortalidad de entre el 11,1 y el 16,8%<sup>7</sup>.

En nuestro país, se han publicado recientemente los resultados del proyecto ANACO, estudio multicéntrico en el que se incluyeron los resultados en más de 3.000 casos de resección de colon por cáncer, en 58 hospitales. Durante un periodo de un año, la dehiscencia anastomótica se diagnosticó en el 8,7% de los casos, con un índice de reintervención quirúrgica del 78,3% y una mortalidad del 15,2%<sup>8</sup>.

La importancia en aunar esfuerzos para mejorar estos resultados salta la vista cuando tenemos en cuenta el número de intervenciones quirúrgicas por cáncer de colon que se efectúan cada año en nuestro país. Especialmente, si realizamos la reflexión de que quizá la selección del paciente en algunos casos no fue adecuada para realizar una anastomosis, o no se tomaron medidas de prevención (todavía no adecuadamente

evaluadas con ensayos clínicos) tales como reforzar la anastomosis colorrectal o realizar un estoma de protección para mitigar las consecuencias de su complicación, como ha sido propuesto por los investigadores del proyecto ANACO<sup>8</sup>.

Identificar y tratar las complicaciones en estos pacientes requiere en primer lugar la detección de qué pacientes se están complicando, la comunicación con el resto del equipo, la búsqueda de una opinión experta, así como la realización de un buen plan diagnóstico y de tratamiento. Es por ello por lo que el FTR se ha relacionado con la correcta realización del pase de visita en planta para detectar los problemas clínicos de los pacientes, la correcta toma de observaciones (las constantes) por el equipo de enfermería, su correcto registro en la historia clínica y la habilidad de reconocer los signos de deterioro clínico de los pacientes. Consecuentemente, existe un reciente interés en investigar clínicamente la utilidad de estandarizar el pase de visita en planta y en la utilidad de *checklists* específicos para el manejo de complicaciones postoperatorias en laboratorios de simulación clínica<sup>9</sup>.

También se están generalizando algunos cambios estructurales en los hospitales como la creación de unidades de pacientes postoperados o áreas de semicríticos<sup>10</sup>, en las cuales el pase de visita es realizado por un equipo multidisciplinario de cirujanos y anestesiólogos o especialistas en medicina intensiva, y donde el ratio de pacientes por enfermería ha mejorado. Precisamente este último dato se ha relacionado con el FTR<sup>11</sup> y actualmente estaría en el ojo del huracán en nuestro sistema nacional de salud debido a la crisis económica<sup>12</sup>.

Muy recientemente se ha publicado la primera revisión sistemática de la literatura médica para analizar cuáles son los factores que podrían influir en el FTR en cirugía<sup>13</sup>. Este estudio ha revelado como elemento clave el factor humano, entendido como la capacidad que tienen los equipos médicos y de enfermería para identificar a los pacientes en peligro de complicaciones, su comunicación al resto del equipo y la puesta en marcha de medidas de soporte y de tratamiento de las complicaciones. El factor humano, como capacidad de comunicarse con el resto del equipo, cuya calidad ha sido estudiada en el quirófano, pero no en la planta<sup>14</sup>. Esta área parece, pues, que será un campo al cual deberíamos dedicar esfuerzos en investigación clínica.

Estas observaciones señalan que la habilidad para disminuir el FTR, es decir, la mortalidad asociada a las complicaciones en cirugía colorrectal o en otras especialidades, depende en gran parte de la realización de un buen pase de visita y de la capacidad humana de detectar y responder precozmente a los signos clínicos que muestran los pacientes cuando tienen alguna complicación, y no tanto de otros avances tales como el uso de nuevas técnicas de imagen. De hecho la dehiscencia de anastomosis colorrectal, la cual representa la complicación evitable con mayor mortalidad, requiere en muchos casos una gran dosis de sospecha clínica. Una vez más, la importancia del liderazgo y de la capacidad de trabajar en equipo es crucial. Por tanto, es el momento de dedicar tiempo al entrenamiento de esta parte de nuestra actividad clínica para asegurarnos de que la formación en este campo es la adecuada.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Midura EF, Hanseman D, Davis BR, Atkinson SJ, Abboott DE, Shah SA, et al. Risk factors and consequences of anastomotic leak after colectomy: A national analysis. *Dis Colon Rectum*. 2015;58:333-8.
2. Longo WE, Virgo KS, Johnson FE, Oprian CA, Vernava AM, Made TP, et al. Risk factors for morbidity and mortality after colectomy for colon cancer. *Dis Colon Rectum*. 2000;43:83-91.
3. Almoudaris AM, Burns EM, Bottle A, Aylin P, Darzi A, Vincent C, et al. Single measures of performance do not reflect overall institutional quality in colorectal cancer surgery. *Gut*. 2013;62:423-9.
4. Silber JH, Williams SV, Krakauer H, Schwartz JS. Hospital and patient characteristics associated with death after surgery. A study of adverse occurrence and failure to rescue. *Med Care*. 1992;30:615-29.
5. Silber JH, Rosenbaum PR, Schwartz JS, Ross RN, Williams SV. Evaluation of the complication rate as a measure of quality of care in coronary artery bypass graft surgery. *JAMA*. 1995;274:317-23.
6. Henneman D, van Leersum NJ, Ten Berge M, Sniijders HS, Fiocco M, Wiggers T, et al. Failure-to-rescue after colorectal cancer surgery and the association with three structural hospital factors. *Ann Surg Oncol*. 2013;20:3370-6.
7. Almoudaris AM, Burns EM, Mamidanna R, Bottle A, Aylin P, Vincent C, et al. Value of failure to rescue as a marker of the standard of care following reoperation for complications after colorectal resection. *Br J Surg*. 2011;98:1775-83.
8. Frasson M, Flor-Lorente B, Ramos Rodríguez JL, Granero-castro P, Hervás D, Alvarez Rico MA, et al. Risk factors for anastomotic leak after colon resection for cancer. Multivariate analysis and nomogram from a multicentric, prospective, national study with 3193 patients. *Ann Surg*. 2015;262:321-30.
9. Pucher PH, Aggarwal R, Qurashi M, Singh P, Darzi A. Randomized clinical trial of the impact of surgical ward-care checklists on postoperative care in a simulated environment. *Br J Surg*. 2014;101:1666-73.
10. Jones JH, Coggins R, Lafuente J, de Cossart L. Value of a surgical high-dependency unit. *Br J Surg*. 1999;86:1578-82.
11. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*. 2002;288:1987-93.
12. Bosch X. Reforming Spanish Health Care. A matter of survival. *Health Policy*. 2015;119:107-10.
13. Johnston MJ, Arora S, King D, Bouras G, Almoudaris AM, Davis R, et al. A systematic review to identify the factors that affect failure to rescue and escalation of care in surgery. *Surgery*. 2015;157:752-63.
14. Sevdalis N, Wong HW, Arora S, Nagpal K, Healey A, Hanna GB, et al. Quantitative analysis of intraoperative communication in open and laparoscopic surgery. *Surg Endosc*. 2012;26:2931-8.

David Parés

Department of Colorectal Surgery, Queen Alexandra Hospital,  
Portsmouth, Reino Unido

Correo electrónico: [dapares@gmail.com](mailto:dapares@gmail.com)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2015.06.007>

0009-739X/

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