

## El cirujano colorrectal como factor pronóstico de resultados

### *The colorectal surgeon as a prognostic factor of results*

M. de Miguel<sup>1</sup>, H. Ortíz<sup>1</sup>, M.C. Yárnoz<sup>1</sup>, J. Marzo, P. Armendáriz<sup>1</sup>, C. Artieda

La práctica médica en los comienzos del siglo XXI debe abordarse con unos criterios muy distintos a los que han estado vigentes en los últimos años del siglo XX. El profesional de la medicina va a ser un proveedor de servicios médicos, lo que va a exigir una formación en técnicas de gestión y economía de la salud<sup>1</sup>. Igualmente el empirismo científico deberá quedar totalmente abandonado, para que el desarrollo de la práctica médica se fundamente en evidencias científicas, en la llamada "medicina basada en la evidencia".

Por tanto, al médico ya no le van a bastar unos conocimientos básicos para su práctica clínica, sino que como se ha indicado, deberán estar, además, sólidamente fundamentados en evidencias científicas, y deberá familiarizarse con conceptos que han irrumpido con fuerza en la práctica clínica, como la eficiencia, o la efectividad<sup>2</sup>, que deberán aplicarse para evaluar el proceso asistencial, con el objeto de valorar su calidad.

Esta calidad asistencial, como medida de resultados, es un concepto que puede abarcar diversos aspectos como son la calidad técnica (práctica profesional), eficiencia (uso de recursos), calidad percibi-

da (satisfacción del paciente con los servicios prestados, y riesgo (asociado a los servicios dados)<sup>3</sup>. Unos podrán ser de más interés para los gestores, y otros para el profesional sanitario, pero al final quedarán estrechamente relacionados, dado que si la calidad técnica (importante para el clínico) es buena, la eficiencia (importante para el gestor) también lo será, e igualmente la calidad percibida por el usuario/cliente también será alta.

#### VARIABILIDAD PRÁCTICA MÉDICA

No obstante, y dado que la práctica clínica es realizada en última instancia por un profesional o grupo de profesionales, no suele ser un proceso reproducible y exacto, lo que se traduce en una variabilidad inter e intramédicos, lo que deriva también en una variabilidad de resultados<sup>4</sup>. Esta variabilidad será un reflejo de la aplicación de diferentes criterios técnicos y/o científicos en la atención de un mismo proceso<sup>5</sup>. Si a esta práctica clínica añadimos otro factor, como es la práctica quirúrgica, aun se puede complicar más, dado que como es obvio, a esos conocimientos que van a condicionar la práctica médica y una variabilidad, es preciso añadir una "habili-

ANALES Sis San Navarra 2001; 24 (1): 87-91.

Sección de Cirugía Colorrectal. Servicio de Cirugía General. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

1. European Board of Coloproctology.

#### Correspondencia

Mario de Miguel Velasco  
Sección de Cirugía Colorrectal  
Servicio de Cirugía General  
Hospital Virgen del Camino  
C/ Irunlarrea, 4  
31008 Pamplona  
Tfno. 948 429400

dad manual", que es la base de la práctica quirúrgica.

Centrándonos en uno de los aspectos de la calidad asistencial, como es la calidad técnica, fundamental en la práctica quirúrgica, son muchos los estudios que han venido demostrando como el cirujano se convierte en un factor pronóstico de los resultados, bien como individuo o como grupo.

Un estudio realizado en la comunidad de Murcia, sobre el tratamiento quirúrgico de una patología de alta incidencia en los servicios de urgencias hospitalarias tanto de nivel secundario como terciario, como es la apendicitis aguda, hoy en día considerada como un proceso subsidiario de abordaje por vía laparoscópica, ha encontrado que el cirujano es un factor pronóstico, aconsejándose sea realizada por cirujanos con experiencia en dicha técnica<sup>6</sup>.

Si consideramos patologías quirúrgicas más complejas como el tratamiento del cáncer gástrico, otro estudio realizado por la Sociedad Valenciana de Cirugía, concluye que esa cirugía debería practicarse por equipos especializados dentro de los servicios de cirugía general<sup>7</sup>.

Y si nos centramos más en concreto, en la cirugía colorrectal, objetivo de este trabajo, son numerosos los estudios que demuestran una significativa variabilidad de resultados cuando ésta es realizada por cirujanos generales o por cirujanos con especial dedicación a ella. Esta variabilidad puede afectar a un hecho tan importante como la propia mortalidad de la cirugía colorrectal, que siendo del 1.4 % para cirujanos colorrectales se multiplica por cinco cuando es realizada por cirujanos generales<sup>8</sup>.

Considerando el cáncer colorrectal, segundo tumor en frecuencia en Navarra<sup>9</sup>, las diferencias en su tratamiento son también espectaculares. Estudios realizados en Gran Bretaña han demostrado como los resultados del tratamiento quirúrgico de estos tumores van a ser significativamente mejores cuando es realizado por cirujanos colorrectales, al conseguir mejores resecciones oncológicas que los cirujanos generales<sup>10</sup>, por lo que el cirujano se convierte en un factor pronóstico de las posibilida-

des de curación de un paciente con este tipo de tumores<sup>11</sup>.

Igualmente esta variabilidad también es manifiesta en la cirugía de urgencia, siendo su mayor exponente el cáncer colorrectal complicado. Diferentes estudios han demostrado cómo las posibilidades de realizarle a un paciente cirugía curativa en un tiempo, es decir, sin hacerle una colostomía, son muy superiores cuando es operado por cirujanos colorrectales<sup>12,13</sup>. Por tanto ya no sólo son las posibilidades de curación de un cáncer, sino también la posterior calidad de vida de los pacientes (ser o no portador de una colostomía), y el coste sanitario que de ello se derive (reoperaciones, consultas, material), los que van a depender de quién opere a un paciente, tanto en cirugía programada como de urgencia.

La cirugía de la fistula perianal, frecuente en los servicios de cirugía general, y aparentemente considerada menor, sin embargo no es así. Un estudio realizado en la Universidad de Minnesota, ha puesto de relieve la alta tasa de recidiva y complicaciones que puede tener, especialmente alteraciones de la continencia anal, y como también el cirujano es un factor pronóstico en estos resultados<sup>14</sup>.

Otros aspectos de la cirugía colorrectal, como son el empleo de técnicas diagnósticas cada vez más sofisticadas: manometría anorrectal, estudios electrofisiológicos, videodefecografía, ecografía endorrectal, así como técnicas de rehabilitación del suelo pelviano y del esfínter anal, también deben ser realizadas e interpretadas por personal entrenado en esta patología<sup>15</sup>, lo que permitirá un uso racional de estos recursos.

Todos estos datos en suma, vienen a expresar la progresiva tendencia de la cirugía hacia la superespecialización, o expertos que crean por su función la especialidad<sup>16</sup>, que van a realizar una práctica médica (quirúrgica) de una mayor calidad y a un menor coste.

## **BOARD EUROPEO DE CIRUGÍA COLORRECTAL**

Con el objetivo de unificar y mejorar la calidad de la práctica de los médicos espe-

cialistas dentro de la Unión Europea se crea en el año 1993 la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS), y dentro de ella, un año después, la Sección de Cirugía (European Board Surgery, EBS).

Precisamente, la EBS consciente de esta tendencia a una mayor especialización reconoce una serie de especialidades quirúrgicas totalmente independientes, y establece los estándares para la formación de cada uno de estos campos específicos de la cirugía, y su acreditación mediante los European Board of Surgical Certificates of Quality in Training (EBSQ).

Concretamente la EBS define siete campos para su acreditación mediante el EBSQ: cirugía general, traumatología, cirugía vascular, cirugía oncológica, cirugía de trasplantes, cirugía colorrectal, y cirugía hepatobiliopancreática. Seis años después la EBS solo ha decidido poner en marcha como superespecialidades del tronco común de la cirugía general la Cirugía Colorrectal y la Cirugía Hepatobiliopancreática.

La División de Coloproctología se formó en Edimburgo en Junio de 1997, con los objetivos de garantizar unos estándares de la atención en coloproctología comunes para todos los países de la UE, asegurando que la formación en coloproctología mantenga un alto nivel. Desde su puesta en marcha en Malmö (Suecia) en Junio de 1998 del EBSQ in Coloproctology, solo 25 cirujanos europeos lo han superado<sup>17</sup>. Concretamente en España hay 12 cirujanos con dicha acreditación, repartiéndose mayoritariamente entre las comunidad Valenciana con 5 titulados, y Navarra con 4 titulados. Con ello se garantiza que la calidad asistencial de la Cirugía Colorrectal en la Comunidad Foral de Navarra sea de un alto nivel.

### GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Como se ha ido exponiendo, el progreso científico y técnico de la especialidad de Cirugía General, está ocurriendo a un ritmo vertiginoso, que se traduce en avances e innovaciones que pueden repercutir en la actividad profesional, convirtiendo prácticas clínicas consideradas idóneas en inadecuadas. Esta necesidad de que los

profesionales estén bien informados, y de forma continua, es una demanda de la propia sociedad. Sin embargo no resulta fácil estar bien informado, ya que ante la avalancha informativa, muchas veces interesada, es difícil distinguir niveles de evidencia<sup>18</sup>. Como forma de ayudar a los profesionales en este laberinto informativo, las guías de práctica clínica elaboradas por grupos de expertos, se convierten en una inestimable ayuda para el profesional de la medicina.

Estas guías cumplen varios objetivos: Orientar en la toma de decisiones clínicas correctas, Mejorar la calidad de la práctica médica, Promover la adecuada utilización de las tecnologías médicas, Guiar en la priorización de la distribución de recursos y Reducir riesgos de litigios legales<sup>19</sup>.

Siguiendo estos criterios, la Sección de Coloproctología de la Asociación Española de Cirujanos, acaba de editar unas Guías Clínicas<sup>20</sup>, que en palabras del Presidente de dicha Asociación, pretenden de una forma clara, concisa y práctica, condensar el estado actual del conocimiento sobre los procedimientos diagnóstico-terapéuticos a utilizar ante los problemas clínicos de cada día<sup>18</sup>, en este caso de la práctica de la Cirugía Colorrectal.

### ESTÁNDARES DE CALIDAD

Obviamente el desarrollo de estas superespecialidades y la edición de guías de práctica clínica, tiene como objetivo final el conseguir la máxima calidad asistencial en cirugía colorrectal. Para poder evaluarla es necesaria la elaboración de unos estándares de calidad. Sin embargo no es fácil establecer unos valores cuantitativos que sirvan de referencia para comparar como individuo o como grupo el nivel asistencial, dado que deberán estar avalados por una clara evidencia científica, sobre la base de estudios prospectivos aleatorizados o sobre la base de exhaustivos meta-análisis. No obstante y progresivamente se irán elaborando por las distintas organizaciones científicas esos números mágicos que sirvan de escala de medida, y no solo porque el propio profesional de la cirugía lo quiera conocer, sino porque la sociedad

lo va a exigir en aras precisamente de esa mayor eficiencia, eficacia y efectividad.

Ya se han elaborado dentro de la cirugía colorrectal algunos estándares, concretamente los referidos al tratamiento quirúrgico del cáncer de recto, quizás uno de los aspectos en los que es más importante que el cirujano colorrectal sepa demostrar su calidad asistencial. El *Royal College of Surgeons of England & Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*<sup>21</sup> publicaron en el año 1996 una guía del tratamiento del cáncer colorrectal, incluyendo unos estándares para el tratamiento del cáncer de recto. También la Sección de Coloproctología de la Asociación Española de Cirujanos, ha incluido unos estándares de calidad para el tratamiento quirúrgico de estos tumores, en las Guías de Práctica clínica publicadas por dicha sociedad, y que son similares a los británicos.

Los estándares considerados como idóneos para el tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal serían: mortalidad <5%, dehiscencia anastomótica <4% (<8% para el cáncer de recto), infección de herida <10%, recidiva local <10%, cirugía conservadora de esfínteres >80% (60% en tercio inferior).

La consecución de estos ambiciosos estándares de calidad no van a depender de un factor individual exclusivamente, sino que generalmente guardan estrecha relación con un equipo multidisciplinar, que englobe personal facultativo de diferentes especialidades medico-quirúrgicas (cirujano colorrectal, digestólogo, oncólogo, patólogo...), así como el resto de personal no facultativo necesario para desarrollar toda esta compleja labor asistencial (enfermería, estomaterapeuta).

Además, el aumento de la incidencia de ciertos procesos como el cáncer colorrectal<sup>9</sup>, la Enfermedad Inflamatoria Intestinal<sup>22</sup>, o la creciente demanda asistencial de patología funcional como la incontinencia anal<sup>23</sup>, así como el incremento tecnológico para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades colorrectales, están condicionando que se tengan que configurar unidades de coloproctología para el abordaje multidisciplinario de la patología colorrectal<sup>20</sup>

## CONCLUSIONES

La consecución de un objetivo de calidad asistencial en coloproctología, tanto desde el punto de vista clínico como de gestión, solo se puede conseguir con la creación de unidades de coloproctología multidisciplinarias, en las que el cirujano colorrectal superespecializado, va a tener un destacado papel como factor pronóstico favorable o positivo para los resultados finales.

## BIBLIOGRAFÍA

1. CERVERA S, VIÑES J.J. El ejercicio de la medicina en el contexto médico-social del año 2000. *Rev Esp Salud Pública* 1999; 73: 13-24.
2. LORENZO S, ARANAZ J, RUIZ P, SILVESTRE M.C, MIRA J.J. Indicadores para monitorizar la calidad en cirugía. *Cir Esp* 1999; 66: 245-249.
3. HERRERA. Guía para instaurar un plan de calidad en un servicio hospitalario. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.
4. MARIÓN J, PEIRÓ S, MÁRQUEZ S, MENEU R. Variaciones en la práctica médica: importancia, causas e implicaciones. *Med Clín (Barc)* 1998; 110: 382-390.
5. MARQUÉS JA, PEIRÓ S, MEDRANO J, LIBRERO J, PÉREZ-VÁZQUEZ MT, ARANAZ J et al. Variabilidad en las tasas de intervenciones de cirugía general por áreas de salud. *Cir Esp* 1998; 63: 445-453.
6. CARRASCO M, SORIA V, LUJÁN J.A, RÍOS A, ROBLES R, PARRILLA P. El cirujano como factor pronóstico en la apendicectomía laparoscópica. *Cir Esp* 2000; 67: 233-235.
7. ASENSIO F, AGUILÓ J, ARROYO A, BALTARIS A, CAMACHO J, COMPÁN A et al. Estudio Delphi de la Sociedad Valenciana de Cirugía: tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico. *Cir Esp* 2000; 67: 276-280.
8. ROSEN L, STASIK JJ JR, REED JF 3RD, OLENWINE JA, ARONOFF JS, SHERMAN D. Variations in colon and rectal surgical mortality. Comparison of specialties with a state-legislated database. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 129-135.
9. ARDANÁZ E, PÉREZ DE RADA M.E, EZPONDA C, NAVARIDAS N. Incidencia de cáncer en Navarra 1988-92. *ANALES Sis San Navarra* 1998; 21: 65-75.
10. REINBACH DH, MCGREGOR JR, MURRAY GD, O'DWYER PJ. Effect of the surgeon's specialty interest on the type of resection performed for colorectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 1020-1023.

11. ABULAFI AM, WILLIAMS NS. Local recurrence of colorectal cancer: the problem, mechanisms, management and adjuvant therapy. *Br J Surg* 1994; 81: 7-19.
12. DARBY CR, BERRY AR, MORTENSEN N. Management variability in surgery for colorectal emergencies. *Br J Surg* 1992; 79: 206-210.
13. ANDERSON JH, HOLE D, McARDLE CS. Elective versus emergency surgery for patients with colorectal cancer. *Br J Surg* 1992; 79: 706-709.
14. GARCIA-AGUILAR J, BELMONTE C, WONG WD, GOLDBERG SM, MADOFF RD. Anal fistula surgery. Factors associated with recurrence and incontinence. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 723-729.
15. WALD A. Colonic and anorectal motility testing in clinical practice. *Am J Gastroenterol* 1994; 89: 2109-2115.
16. VAZQUEZ F. Grandeza y sino de la cirugía en España. En *La Cirugía en España*. Iatros ed. 1994.
17. European news. *Colorectal Disease* 2000; 2: 314-315.
18. PARRILLA P. Prólogo. En LLEDÓ S. *Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Cirugía Colorrectal*. ARAN Ediciones Madrid 2000.
19. GUERRA L, DEL RIO A. Guías de práctica clínica: ¿merece la pena su desarrollo?. *Med Clí (Barc)* 1995;105:257-260.
20. LLEDÓ S. *Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Cirugía Colorrectal*. ARAN Ediciones Madrid 2000.
21. Royal College of Surgeons of England and Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland. Guidelines for the management of colorectal cancer. June 1996.
22. ARÍN A, BURUSCO M.J, MARTÍN-GRANIZO I, PUEYO A, AZNAREZ R, BORDA F et al. Características epidemiológicas de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal en el área Sanitaria de Pamplona. XIX Reunión de la Sociedad Vasco Navarra de Patología Digestiva. Vitoria 23 Noviembre 1996.
23. DE MIGUEL M, RODRÍGUEZ J.M, ORTÍZ H, YÁRNOZ C, MARZO J, ARTIEDA C. Prevalencia de las alteraciones de la función defecatoria en la población navarra. *ANALES Sis San Navarra* 1999; 22: 17-24.