



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Editorial

Textbook outcome (resultado de libro): una nueva herramienta de gestión

Textbook outcome: A new quality tool



La auditoría de resultados y mejora de la calidad en la asistencia es cada vez más importante en la cirugía¹. Los pacientes, los hospitales y las instituciones sanitarias necesitan que exista transparencia que permita conocer los resultados de nuestras intervenciones y su monitorización posterior². En la actualidad, existen múltiples índices para la determinación de la calidad asistencial ofrecida a nuestros pacientes, entre los que podemos destacar la medida y análisis de la mortalidad y complicaciones postoperatorias utilizando la clasificación de Clavien-Dindo o el Comprehensive Complication Index (CCI®), la estancia hospitalaria o el índice de reingresos¹⁻⁵. Además, existen herramientas para efectuar comparaciones entre centros, como el *benchmarking*, aunque con escasa implantación entre los servicios quirúrgicos⁶. En los pacientes oncológicos, los resultados postoperatorios y la supervivencia obtenida son las medidas habitualmente empleadas, comprobándose además que ambas están relacionadas⁷.

En 2013, Kolfshoten et al. introdujeron un nuevo concepto de medida de resultados denominado *textbook outcome* (TO) o resultado de libro, que es un indicador único que se obtiene como sumatorio de varias medidas quirúrgicas tradicionales: la no existencia de complicaciones postoperatorias, la no prolongación de la estancia hospitalaria (< percentil 75), la no mortalidad y la no existencia de reingresos, así para conseguir un TO deben cumplirse todos los parámetros⁸. Simplificando se podría decir que los pacientes que consiguen el TO son aquellos en los que todo ha ido perfectamente en el proceso quirúrgico^{3,5}.

Aunque el concepto inicial de TO tuvo muy buena aceptación por la facilidad de interpretación también ha tenido una serie de críticas: 1. Indicador de todo/nada: No es un indicador centrado en el paciente, ya que la visión todo/nada no es la que suele tener el paciente^{1,4,5}. 2. Los niveles de TO en procedimientos complejos (duodenopancreatectomía, esofagectomía) son bajos: cualquier desviación mínima del curso postoperatorio perfecto, frecuente en estos pacientes, hace que ya no se consiga el TO, obteniendo cifras del 25-35%

de TO en estas intervenciones, lo que podría interpretarse como resultados muy mejorables^{4,9,10}. 3. TO específicos arbitrarios: Para cirugías o patologías concretas (hígado, páncreas, estomago) el resultado óptimo se ha definido por una combinación de indicadores de resultado seleccionados mediante la opinión de expertos y resultados de series^{1,7}. 4. Inclusión de la estancia hospitalaria en el TO: la estancia se puede ver afectada por condicionantes sociales y sanitarios locales, y además no todos los estudios han utilizado el mismo percentil de estancia TO³. 5. Inclusión de los reingresos en el TO: pueden depender de la política de alta precoz que se tenga¹ y 6. un cierto solapamiento entre los parámetros del TO¹¹.

Para intentar subsanar alguno de los problemas del concepto de TO general, se han definido TO por área específica (hepatopancreatobiliar, colorrectal, esofagogástrica, sarcomas retroperitoneales, carcinomatosis, trasplante hepático o cirugía bariátrica) con datos propios de cada procedimiento incluyendo aspectos técnicos, como la tasa de fistula o porcentaje de complicaciones típicas de cada cirugía, o información de la pieza quirúrgica como márgenes de resección o número de ganglios extirpados^{1,10,12,13}.

Además, para evitar la arbitrariedad en la determinación de los valores de corte y la falta de adaptación a los diferentes sistemas sanitarios^{3,7,10,13} se han consensuado a nivel internacional los valores de corte del TO en patologías específicas^{1,3,7,11}. Así, una correcta y consensuada selección de estos parámetros TO por patologías permite comparar resultados entre centros e incluso podrían crearse nomogramas de ayuda al tratamiento⁷. Los parámetros específicos por procedimiento son más difíciles de comprender por los pacientes, aunque resultan muy útiles para los equipos quirúrgicos específicos lo que facilita su utilización³.

El TO ya se emplea para evaluar, monitorizar y comparar resultados generales y específicos. Así, destacamos la diferencia obtenida de TO según: 1. Tipo de hospital (grandes y pequeños hospitales) observando mejores resultados en los grandes centros, pero más relacionado con el volumen de

enfermos realizados que con las características del Hospital^{5,6,14}. 2. Vulnerabilidad social y raza: los resultados TO son inferiores en los más vulnerables⁴. 3. Costes: los pacientes que no cumplen criterios TO presentan costes superiores^{5,13}. 4. Técnicas quirúrgicas: se ha comprobado que la realización de la duodenopancreatectomía cefálica o la gastrectomía por abordaje laparoscópico no modifica o incluso puede mejorar los resultados de TO^{9,15}. 5. ERAS: se ha comprobado que los protocolos ERAS pueden incrementar la obtención de TO¹⁶, y quizás lo más importante, 6. Supervivencia: la consecución de TO se asocia a un incremento de supervivencia^{10,11}. Podríamos afirmar que los resultados que acabamos de comentar eran esperables, pero el TO permite una cuantificación y confirmación de las hipótesis planteadas.

Podemos concluir que el TO es una medida de resultado multidimensional y sencilla de interpretar, aunque es preciso que los servicios de cirugía que lo quieran utilizar analicen de forma sistemática las complicaciones postoperatorias. Debe conseguirse una definición admitida internacionalmente de los parámetros de TO que se vayan a emplear, especialmente los TO específicos, con el fin de que sea una medida útil para evaluar y monitorizar resultados, así como permitir comparar diferentes servicios quirúrgicos de manera fácil y objetiva.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- van Roessel S, Mackay TM, van Dieren S, van der Schelling G, Nieuwenhuijs VB, Bosscha K, et al. Textbook Outcome: Nationwide Analysis of a Novel Quality Measure in Pancreatic Surgery. *Ann Surg*. 2020;271:155–62. <http://dx.doi.org/10.1097/SLA.0000000000003451>.
- de la Plaza Llamas R, Ramia Ángel JM, Bellón JM, Arteaga Peralta V, García Amador C, López Marcano AJ. Clinical Validation of the Comprehensive Complication Index as a Measure of Postoperative Morbidity at a Surgical Department: A Prospective Study. *Ann Surg*. 2018;268:838–44. <http://dx.doi.org/10.1097/SLA.0000000000002839>.
- Aiken T, Abbott DE. Textbook oncologic outcome: A promising summary metric of high-quality care, but are we on the same page? *J Surg Oncol*. 2020;121:923–4.
- Hyer JM, Tsilimigras DI, Diaz A, Mirdad RS, Azap RA, Cloyd J, et al. High Social Vulnerability and «Textbook Outcomes» after Cancer Operation. *J Am Coll Surg*. 2021;232:351–9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2020.11.024>.
- Tsilimigras DI, Pawlik TM, Moris D. Textbook outcomes in hepatobiliary and pancreatic surgery. *World J Gastroenterol*. 2021;27:1524–30.
- Hobeika C, Fuks D, Cauchy F, Goumard C, Gayet B, Laurent A, et al. Benchmark performance of laparoscopic left lateral sectionectomy and right hepatectomy in expert centers. *J Hepatol*. 2020;73:1100–8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2020.05.003>.
- Fong Y. Textbook Outcome Nomograms as Multivariate Tools for Cancer Treatment Pathways and Prognostications. *JAMA Surgery*. 2019;154. <http://dx.doi.org/10.1001/jamasurg.2019.0572>.
- Kolfschoten NE, Kievit J, Gooiker GA, van Leersum NJ, Snijders HS, Eddes HS, et al. Focusing on desired outcomes of care after colon cancer resections; hospital variations in «textbook outcome». *Eur J Surg Oncol*. 2013;39:156–63.
- Sweigert PJ, Wang X, Eguia E, Baker MS, Kulshrestha S, Tsilimigras DI, et al. Does minimally invasive pancreaticoduodenectomy increase the chance of a textbook oncologic outcome? *Surgery*. 2021 Mar. <http://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2021.02.021>.
- Wiseman JT, Ethun CG, Cloyd JM, Shelby R, Suarez-Kelly L, Tran T, et al. Analysis of textbook outcomes among patients undergoing resection of retroperitoneal sarcoma: A multi-institutional analysis of the US Sarcoma Collaborative. *J Surg Oncol*. 2020 Nov;122:1189–98.
- Kalff MC, van Berge Henegouwen MI, Gisbertz SS. Textbook outcome for esophageal cancer surgery: an international consensus-based update of a quality measure. *Dis Esophagus*. 2021 Mar. <http://dx.doi.org/10.1093/dote/doab011>.
- Poelemeijer YQM, Marang-van de Mheen PJ, Wouters MWJM, Nienhuijs SW, Liem RSL. Textbook Outcome: an Ordered Composite Measure for Quality of Bariatric Surgery. *Obes Surg*. 2019;29:1287–94. <http://dx.doi.org/10.1007/s11695-018-03642-1>.
- Moris D, Shaw BI, Gloria J, Kesseli SJ, Samoylova ML, Schmitz R, et al. Textbook Outcomes in Liver Transplantation. *World J Surg*. 2020 Oct;44:3470–7.
- Mehta R, Paredes AZ, Tsilimigras DI, Moro A, Sahara K, Farooq A, et al. Influence of hospital teaching status on the chance to achieve a textbook outcome after hepatopancreatic surgery for cancer among Medicare beneficiaries. *Surgery*. 2020;168:92–100. <http://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2020.02.024>.
- Priego P, Cuadrado M, Ballesteros A, Galindo J, Lobo E. Comparison of Laparoscopic Versus Open Gastrectomy for Treatment of Gastric Cancer: Analysis of a Textbook Outcome. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2019;29:458–64. <http://dx.doi.org/10.1089/lap.2018.0489>.
- Lof S, Benedetti Cacciaguerra A, Aljarrah R, Okorochoa C, Jaber B, Shamali A, et al. Implementation of enhanced recovery after surgery for pancreaticoduodenectomy increases the proportion of patients achieving textbook outcome: A retrospective cohort study. *Pancreatol*. 2020;20:976–83. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pan.2020.05.018>.

Jose M Ramia^{a,*} y Victoriano Soria-Aledo^b

^aServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital General Universitario de Alicante. ISABIAL. Universidad Miguel Hernández, Alicante, España

^bServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Morales Meseguer. Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria. Universidad de Murcia, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jose_ramia@hotmail.com (J.M. Ramia).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.06.002>

0009-739X/

© 2021 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.