

Calidad de la cirugía oncológica en el escenario de emergencia: el cáncer colorrectal como modelo

Fábio de Oliveira Ferreira¹, Benedito Mauro Rossi²

¹ Facultad de Medicina, Universidad de São Paulo, Disciplina de Cirugía General y Trauma, São Paulo, Brasil.

² Facultad de Medicina, Universidad de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Para citar:

Oliveira Ferreira F, Mauro Rossi B. Calidad de la cirugía oncológica en el escenario de emergencia: el cáncer colorrectal como modelo. *Rev Argent Coloproctol.* 2026;37(1):7-10. doi:10.46768/8nmgxw44

► El material complementario, cuando corresponda, se publica únicamente en formato en línea. Para consultarlo, visite la versión web de la revista: <https://doi.org/10.46768/8nmgxw44>

Recibido: 01-05-2026

Aceptado: 13-05-2026



© 2026 Los autores. Publicado por Revista Argentina de Coloproctología. Este artículo se distribuye bajo licencia Creative Commons Atribución–NoComercial–SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Correspondencia

Benedito Mauro Rossi
bmrossi@me.com

INTRODUCCIÓN

La calidad de la cirugía oncológica suele discutirse en su ambiente ideal, en el cual el paciente está correctamente estadificado, los casos complejos pueden discutirse en reunión multidisciplinaria con equipos especializados, en centro de referencia, con disponibilidad de imágenes, endoscopia, anatomía patológica, terapias locales y sistémicas en una secuencia planificada y seguimiento estructurado. Sin embargo, una proporción importante de los pacientes con cáncer colorrectal no recorre ese camino. Muchos llegan al sistema de salud por la puerta de la emergencia, con obstrucción, perforación, sangrado, sepsis, anemia, dolor o deterioro clínico. En esos casos, la cirugía deja de ser solo un acto técnico planificado y pasa a ser también una decisión tomada bajo presión, con información incompleta, recursos variables y riesgo elevado.

En el escenario de emergencia, además de los factores relacionados con la enfermedad de base, dos preguntas influyen directamente en el resultado: ¿dónde será atendido el paciente y quién lo operará? En muchos sistemas de salud, el paciente oncológico en situación de urgencia es atendido en hospitales generales, con frecuencia por cirujanos generales de guardia, no siempre con formación específica en cirugía oncológica o colorrectal. Esta constatación no debe interpretarse como una crítica individual al cirujano de emergencia, sino como el reconocimiento de una

realidad asistencial: la emergencia expone las fragilidades estructurales, formativas y organizacionales del cuidado oncológico.

El cáncer colorrectal representa un modelo particularmente adecuado para esta discusión. Se trata de una de las neoplasias más incidentes en el mundo, con una carga global creciente en las próximas décadas (1). Además, una proporción relevante de los pacientes aún se presenta con complicaciones agudas, sobre todo obstrucción, perforación o sangrado. A diferencia de otros tumores, el cáncer colorrectal ofrece indicadores objetivos para evaluar la calidad quirúrgica: estadificación, tipo de operación, extensión de la resección, márgenes, ganglios linfáticos evaluados, estoma, morbilidad, mortalidad, readmisión, reoperación, supervivencia libre de enfermedad y supervivencia global.

La pregunta central, por lo tanto, no es solo si el paciente con cáncer colorrectal operado en la emergencia tiene peores resultados. La literatura sugiere, de forma consistente, que sí: en comparación con los procedimientos electivos, la cirugía de emergencia se asocia con mayores tasas de complicaciones, mortalidad, tiempo de internación, readmisión, creación de estoma y peores desenlaces oncológicos (2-5). La pregunta más importante es otra: ¿cuáles de esos resultados son inevitables por la condición clínica del paciente y cuáles son potencialmente modificables por la organización del cuidado?

INDICADORES DE CALIDAD EN LA CIRUGÍA ONCOLÓGICA DE EMERGENCIA

La calidad en salud puede entenderse como la capacidad de ofrecer una atención segura, efectiva, oportuna, eficiente, equitativa y centrada en el paciente (6). En cirugía oncológica, sin embargo, medir la calidad es una tarea compleja. Los indicadores cambian con la evolución del tratamiento, varían entre tumores y dependen de diferentes etapas del cuidado. El modelo clásico de Donabedian —estructura, proceso y desenlace— continúa siendo útil para organizar esta evaluación (7). En la cirugía colorrectal de emergencia, los indicadores de estructura incluyen disponibilidad de tomografía, endoscopia, UTI, banco de sangre, anestesia, anatomía patológica, antibióticos, soporte nutricional, equipo quirúrgico experimentado, acceso a especialistas, posibilidad de transferencia y existencia de protocolos institucionales. También deben considerarse el volumen hospitalario, la experiencia del equipo y la continuidad del tratamiento oncológico.

Los indicadores de proceso son quizá los más importantes y, paradójicamente, los más difíciles de medir. Incluyen el reconocimiento de la sospecha oncológica, la estadificación posible antes de la operación, la definición explícita de la intención terapéutica —curativa, paliativa o de control de daño—, la elección racional entre resección, derivación, anastomosis o estoma, la preservación de los principios de resección oncológica, la obtención de márgenes adecuados, la linfadenectomía compatible con el tipo de tumor y la documentación de los hallazgos intraoperatorios. En el cáncer de colon, el número mínimo de ganglios linfáticos evaluados permanece como un indicador consolidado de calidad de la estadificación y se asocia con mejores desenlaces oncológicos (8).

Los indicadores de desenlace no deben limitarse a la mortalidad hospitalaria. Es necesario evaluar mortalidad a 30 y 90 días, complicaciones, infección del sitio quirúrgico, fístula anastomótica, necesidad de UTI, reoperación, readmisión, tiempo de internación, estoma definitivo, márgenes comprometidos, inicio de tratamiento adyuvante, supervivencia libre de enfermedad, supervivencia global y, siempre que sea posible, calidad de vida y experiencia del paciente.

La documentación quirúrgica merece un destaque propio. En cirugía oncológica, la descripción operatoria no es solo una formalidad administrativa, es un instrumento de cuidado, comunicación, auditoría e investigación. En el escenario de emergencia, las descripciones incompletas impiden evaluar si los principios oncológicos fueron respetados. El informe debe contener, siempre que sea posible, localización tumoral, extensión de la enfermedad, perforación o contaminación, sospecha de invasión de órganos adyacentes, metástasis, estadificación quirúrgica estimada, tipo de

resección, márgenes, linfadenectomía, justificación para anastomosis o estoma e intención de la operación. Lo que no se registra no puede auditarse; y lo que no se audita difícilmente podrá mejorarse.

¿QUIÉN OPERA: CIRUJANO GENERAL, COLOPROCTÓLOGO O CIRUJANO ONCOLÓGICO?

El cáncer colorrectal evidencia un dilema práctico: ¿quién debe operar al paciente que llega a la emergencia con abdomen agudo obstructivo o perforativo por cáncer de colon? ¿El cirujano general con experiencia en emergencia, pero sin formación oncológica específica? ¿El coloproctólogo o cirujano oncológico, eventualmente con menor exposición a la rutina de emergencia? La respuesta no debe ser corporativa. Lo ideal no es oponer especialistas, sino aproximar competencias.

En la práctica, muchos pacientes con cáncer colorrectal en emergencia son tratados en hospitales generales, por cirujanos generales, muchas veces en servicios de menor volumen. En una serie, las operaciones electivas fueron realizadas por cirujanos colorrectales en 37% de los casos, cirujanos oncológicos en 10% y cirujanos generales en 53%; en las emergencias, esos porcentajes fueron de 19%, 10% y 70%, respectivamente (9). Estos datos refuerzan que la mayoría de los casos, especialmente en la emergencia, será conducida por cirujanos generales. Por lo tanto, la solución no puede depender exclusivamente de la disponibilidad de especialistas en todas las guardias.

No se trata de exigir que todo cirujano de emergencia sea cirujano oncológico o coloproctólogo. Se trata de garantizar que todo paciente oncológico atendido en la emergencia reciba una operación orientada por principios mínimos de calidad oncológica. Estudios sugieren que la especialización, el volumen y la organización del cuidado pueden influir en los desenlaces, aunque el impacto de estas variables sea más complejo en la emergencia que en la cirugía electiva (10,11). En algunos escenarios, cirujanos experimentados en emergencia pueden alcanzar resultados adecuados; en otros, la ausencia de entrenamiento oncológico, protocolos y soporte institucional puede aumentar el riesgo de resecciones inadecuadas, márgenes positivos o linfadenectomía insuficiente. La discusión, por lo tanto, debe salir del plano individual y entrar en el plano del sistema. Quién opera es importante, pero también importan el hospital, el horario, la disponibilidad de recursos, la documentación, los protocolos, la posibilidad de transferencia, la discusión posoperatoria y el acceso al tratamiento adyuvante.

DESENLACES EN LA EMERGENCIA: COMPLICACIONES, RECUPERACIÓN Y SUPERVIVENCIA

Los pacientes con cáncer colorrectal operados en la emergencia frecuentemente tienen menor probabilidad de estadificación completa, menor disponibilidad de exámenes preoperatorios y mayor probabilidad de procedimientos como Hartmann, estomas y resecciones segmentarias no planificadas (3,4). También existe mayor riesgo de márgenes positivos, menor número de ganglios linfáticos evaluados en algunas series, mayor tiempo de internación, mayor tasa de readmisión y peores resultados de supervivencia (4,5).

En la serie de Wanis et al., los pacientes sometidos a resección de emergencia por cáncer de colon presentaron peores tasas de supervivencia libre de enfermedad y supervivencia global a cinco años cuando se compararon con los operados electivamente (4). Xu et al. demostraron que las colectomías de urgencia fueron más frecuentes en hospitales comunitarios y centros de menor volumen, asociándose con mayor probabilidad de márgenes positivos, menor evaluación ganglionar, mayor readmisión no planificada y peor supervivencia global (5). Estos hallazgos sostienen la preocupación de que la urgencia puede comprometer tanto los desenlaces perioperatorios como los oncológicos.

Sin embargo, la interpretación de estos resultados exige cautela. Los pacientes que llegan por la emergencia no son iguales a los operados electivamente. Son frecuentemente más añosos, más frágiles, con más comorbilidades, enfermedad más avanzada, mayor carga inflamatoria o infecciosa y menor acceso previo a tamizaje. La presentación de urgencia también puede reflejar vulnerabilidad socioeconómica y diagnóstico tardío (12). En análisis ajustados, algunos autores sugieren que parte de los peores resultados deriva más de las circunstancias clínicas y biológicas que de la emergencia en sí (13).

Esta distinción es fundamental. La emergencia no compromete inevitablemente la calidad oncológica, pero aumenta el riesgo de que esta sea comprometida. El peor pronóstico puede resultar de la combinación entre enfermedad avanzada, condición fisiológica desfavorable, atraso diagnóstico, limitación estructural, ausencia de planificación multidisciplinaria y eventuales fallas técnicas. Por eso, la conclusión más útil no es que la cirugía de emergencia “es peor”, sino que exige mecanismos específicos de protección de la calidad.

PROPUESTAS PARA MEJORAR LA CALIDAD

La mejora de la calidad exige un conjunto mínimo de acciones. Primero, definir indicadores de calidad específicos. Segundo, crear registros prospectivos, preferentemente mul-

ticéntricos o nacionales. Tercero, estandarizar la descripción operatoria oncológica en la urgencia. Cuarto, desarrollar manuales prácticos para las principales emergencias oncológicas, comenzando por obstrucción y perforación en el cáncer colorrectal. Quinto, establecer criterios de transferencia y discusión posoperatoria multidisciplinaria. Sexto, invertir en entrenamiento formal para los profesionales de la primera línea.

La multidisciplinariedad, considerada patrón de calidad en oncología, debe adaptarse a la emergencia. No siempre será posible discutir el caso antes de la operación, pero es posible establecer flujos mínimos: comunicación con oncología, coloproctología o cirugía oncológica cuando estén disponibles; definición de criterios de transferencia; discusión posoperatoria precoz; revisión anatomopatológica adecuada; y derivación ágil para tratamiento sistémico cuando esté indicado. La emergencia no debe ser vista como un punto aislado del cuidado, sino como una etapa crítica de la línea oncológica.

En este contexto, como fruto de una alianza entre el Colegio Brasileño de Cirujanos (CBC) y la Sociedad Brasileña de Cirugía Oncológica (SBCO), surgió la propuesta del Advanced Oncological Life Support (AOLS), una iniciativa brasileña en desarrollo que representa una evolución natural en la organización de la atención al paciente oncológico en situación de urgencia. En este sentido, defendemos la creación de un programa de soporte avanzado orientado a las emergencias oncológicas, inspirado en la lógica de cursos consolidados como el ATLS, pero dirigido a las especificidades del paciente con cáncer: reconocimiento precoz, estabilización, toma de decisiones, preservación de principios oncológicos, documentación adecuada y planificación del seguimiento después del evento agudo (14). El AOLs busca difundir una cultura mínima de calidad oncológica entre profesionales que atienden pacientes con cáncer en servicios de urgencia, incluidas las emergencias abdominales relacionadas con el cáncer colorrectal.

Aunque esta iniciativa se origina en el contexto brasileño, el problema que enfrenta es común a muchos sistemas de salud latinoamericanos: desigualdad de acceso, tamizaje insuficiente, diagnóstico tardío, heterogeneidad estructural, hospitales generales sobrecargados y dificultad de derivación a centros especializados. El cáncer colorrectal, por su frecuencia y por sus indicadores mensurables, puede servir como punto de partida para un programa más amplio de evaluación de la calidad de la cirugía oncológica de emergencia.

CONCLUSIÓN

El paciente con cáncer colorrectal no elige llegar por la emergencia. El sistema, sin embargo, puede elegir si esa emergencia será apenas un acto de rescate o una oportunidad para

preservar la calidad oncológica. La urgencia no elimina la necesidad de principios técnicos; por el contrario, vuelve su aplicación aún más importante.

El cáncer colorrectal debe utilizarse como modelo inicial porque es frecuente, mensurable y asociado a indicadores objetivos de calidad. Mejorar sus resultados exige reconocer factores modificables, registrar mejor, definir indicadores, capacitar profesionales, crear protocolos e integrar la emergencia a la línea de cuidado oncológico. El desafío contemporáneo no es solo operar más rápido, sino operar mejor, incluso cuando el tiempo es corto.

REFERENCIAS

- Morgan E, Arnold M, Gini A, et al. Global burden of colorectal cancer in 2020 and 2040. *Gut*. 2023;72(2):338-344.
- Zhou H, Jin Y, Wang J, et al. Comparison of short-term surgical outcomes and long-term survival between emergency and elective surgery for colorectal cancer. *Int J Colorectal Dis*. 2023;38(1):41.
- Guidolin K, Withers R, Shariff F, Ashamalla S, Nadler A. Quality of colon cancer care in patients undergoing emergency surgery. *Curr Oncol*. 2021;28(3):2079-2086.
- Wanis KN, Ott M, Van Koughnett JAM, Colquhoun P, Brackstone M. Long-term oncological outcomes following emergency resection of colon cancer. *Int J Colorectal Dis*. 2018;33(11):1525-1532.
- Xu Z, Becerra AZ, Aquina CT, et al. Emergent colectomy is independently associated with decreased long-term overall survival in colon cancer patients. *J Gastrointest Surg*. 2017;21(3):543-553.
- Hardt JL, Merkow RP, Reissfelder C, Rahbari NN. Quality assurance and quality control in surgical oncology. *J Surg Oncol*. 2022;126(8):1560-1572.
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Millbank Mem Fund Q*. 1966;44(Suppl):166-206.
- Shulman LN, Browner AE, Palis BE, et al. Compliance with cancer quality measures over time and their association with survival outcomes: the Commission on Cancer's experience with at least 12 lymph nodes in colon cancer resections. *Ann Surg Oncol*. 2019;26(6):1613-1621.
- Patel SV, Patel SVB, Brackstone M. Emergency surgery for colorectal cancer does not result in nodal understaging compared with elective surgery. *Can J Surg*. 2014;57(5):349-353.
- Huijts DD, Dekker JWT, van Bodegom-Vos L, et al. Differences in organization of care are associated with mortality, severe complication and failure to rescue in emergency colon cancer surgery. *Int J Qual Health Care*. 2021;33(1):mzab038.
- Schrag D, Cramer LD, Bach PB, Cohen AM, Warren JL, Begg CB. Influence of hospital procedure volume on outcomes following surgery for colon cancer. *JAMA*. 2000;284(23):3028-3035.
- Gunnarsson H, Ekholm A, Olsson LI. Emergency presentation and socioeconomic status in colon cancer. *Eur J Surg Oncol*. 2013;39(8):831-836.
- Weixler B, Warschkow R, Ramser M, et al. Urgent surgery after emergency presentation for colorectal cancer has no impact on overall and disease-free survival: a propensity score analysis. *BMC Cancer*. 2016;16:208.
- Ferreira FO, Lima TMA, Utiyama EM, Oliveira AF, Von Bahten LC, Ribeiro HSC. Quality of emergency oncological surgery: time for advanced oncological life support. *Rev Assoc Med Bras*. 2024;70(Suppl 1):e2024S109.