

Criterios homologados, acordados por el Consejo Interterritorial, que deben cumplir los CSUR para ser designados como de referencia del Sistema Nacional de Salud

97. CIRUGÍA DE RESECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN ESOFÁGICA COMPLEJA EN ADULTOS

La cirugía esofágica, ya sea debida a patologías benignas o malignas (lesiones primarias o metastásicas), es habitualmente compleja, tanto por su baja incidencia como por las características del enfermo (edad avanzada, situación funcional alterada, estado nutricional defectuoso y con comorbilidad mayor asociada) y del tratamiento, que implica frecuentemente a diferentes especialistas, además de una técnica quirúrgica en varios campos (cervical, abdominal y torácico), tediosa y en proximidad de estructuras vitales.

Globalmente, el tratamiento quirúrgico de la patología esofágica debe basarse en un volumen de actividad adecuado (los estándares europeos recomiendan al menos 20 resecciones al año para el cáncer de esófago) y en un manejo precoz y especializado de las complicaciones, que pueden alcanzar el 55% en centros experimentados.

Dentro del tratamiento de la patología esofágica maligna, los tumores del tercio superior suponen un reto particular, casi siempre escamosos, representan entre el 10-15% de todos los casos, responden habitualmente al tratamiento con radioquimioterapia radical y, en caso de respuesta incompleta, pueden precisar la colaboración quirúrgica de servicios como otorrinolaringología, cirugía plástica e incluso cirugía torácica.

Pacientes sometidos a una esofagectomía previa con complicaciones de la plastia de tipo isquémico, han podido necesitar una resección de ésta, con una esofagostomía cervical y una yeyunostomía de alimentación. La reconstrucción posterior deberá llevarse a cabo mediante coloplastia u otros órganos de interposición como el propio yeyuno, precisando anastomosis digestiva y vasculares complementarias desde el territorio cervicotorácico.

Existen también tumores de laringe y faringe primarios o recidivados, adenocarcinomas de paratiroides, tumores neuroendocrinos cervicales y otras causas raras de afectación del complejo laringo-faríngeo-esofágico que obligan a resecciones del esófago cervical y que necesitan reconstrucciones con colgajos libres de alta complejidad.

Por otro lado, las lesiones por cáusticos pueden afectar a la laringe y faringe, obligando a resecciones en bloque muy mutilantes. La reconstrucción presenta características comunes a las anteriores. La resección de las metástasis a distancia con control del tumor primario, deberían ser abordadas por el especialista correspondiente (cirugía torácica, hepática, neurocirugía, etc.) y no serían objeto de CSUR.

En general, en 7 de cada 10 pacientes que precisan una reconstrucción del tránsito tras exclusión esofágica se utiliza una gastro o coloplastia, que podría realizarse en una unidad de referencia autonómica en cirugía esófago-gástrica, mientras que el resto podrían beneficiarse de un CSUR.

A. Justificación de la propuesta

<p>► Datos epidemiológicos de la cirugía de resección o reconstrucción esofágica compleja en adultos:</p>	<p>La incidencia de cáncer de esófago en España es de 2.353 casos anuales (8/100.000 en hombres y 1/100.000 en mujeres). De ellos, se considera que aproximadamente dos terceras partes se diagnostican en una etapa de tumor localizado o locorregional.</p> <p>En la Sección de Cirugía esófago-gástrica de la Asociación Española de Cirujanos se hizo una estimación de entre 700 y 800 esofagectomías al año. Sobre una tasa de dehiscencias del 20%, la quinta parte pueden precisar exclusión, además del 1-2% de los casos por necrosis de la plastia.</p> <p>Un tercio de los cánceres son escamosos, 1 de cada 8 se sitúan en el tercio superior y la mitad tienen respuesta patológica completa tras radioquimioterapia radical, por lo que 1 de cada 100 cánceres de esófago podrían ser tumores superiores rescatables quirúrgicamente. Es difícil valorar la incidencia de perforaciones esofágicas o de lesiones por cáusticos que precisan una esofagectomía como parte del tratamiento, aunque podría ser el doble de las complicaciones por neoplasias digestivas.</p> <p>La posibilidad de rescate quirúrgico de un cáncer de esófago con recidiva locorregional es mínima, casi nula.</p> <p>En conjunto, necesidades anuales de reconstrucción esofágica compleja estimadas a nivel estatal:</p> <ul style="list-style-type: none">- Isquemias de plastia: 10-15- Dehiscencias que precisan exclusión: 30-40- Perforaciones y cáusticos: 80- Cánceres de esófago cervicales rescatables quirúrgicamente: 20- Recidivas mediastínicas de cáncer de esófago: 5-10- Recidivas neoplasia de laringe y faringe con afectación esófago cervical: 3-4- Tumores raros del área cervical con infiltración esofágica: 2-3.- Isquemias crónicas de plastias con estenosis largas de difícil manejo. <p>Sobre este máximo de 150 pacientes al año que precisan una reconstrucción del tránsito tras exclusión esofágica, en 7 de cada 10 casos se utiliza una gastro o coloplastia, que puede</p>
---	---

	realizarse con seguridad en una unidad referente en cirugía del cáncer de esófago, quedando unos 45 casos al año que podrían beneficiarse de un CSUR.
--	---

B. Criterios que deben cumplir los Centros, Servicios o Unidades para ser designados como de referencia para la realización de la cirugía de resección o reconstrucción esofágica compleja en adultos

<p>► Experiencia del CSUR:</p> <p>- Actividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de pacientes que deben atenderse o procedimientos que deben realizarse al año para garantizar una adecuada realización de la cirugía de resección o reconstrucción esofágica compleja en adultos: <p>- Otros datos: investigación en esta materia, actividad docente postgrado, formación continuada, publicaciones, sesiones multidisciplinarias, etc.:</p>	<p>- 15 pacientes nuevos >14 años diagnosticados*, atendidos en el año en la Unidad, de media en los 3 últimos años.</p> <p><i>*Se contabilizarán sólo los siguientes diagnósticos y procedimientos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Exclusión esofágica por complicaciones de la cirugía oncológica esofágica - Exclusión esofágica por patología aguda como perforación aguda o ingesta de cáusticos - Tumores faringolaríngeos o de esófago proximal, primarios o recidivados, con criterios de resecabilidad y operabilidad - Recidivas mediastínicas de tumores esófago-gástricos revisados y tratados en el Comité de Tumores - Tumores metacrónicos del remanente esofágico y/o de la plastia - Metástasis esofágicas únicas con control del tumor primario <p>- 7 intervenciones quirúrgicas de reconstrucción de esófago compleja* en pacientes >14 años realizadas en el año en la Unidad, de media en los tres últimos años.</p> <p><i>* Se contabilizarán solo las reconstrucciones como consecuencia de los diagnósticos y procedimientos recogidos en el apartado anterior</i></p> <p>- Docencia postgrado acreditada: el centro cuenta con unidades o dispositivos docentes acreditados para oncología médica y radioterápica, cirugía torácica, otorrinolaringología, anatomía patológica, cirugía general y del aparato digestivo, angiología y cirugía vascular, radiodiagnóstico y cirugía plástica, estética y reparadora.</p>
---	---

	<ul style="list-style-type: none"> - La Unidad participa en proyectos de investigación en este campo y dispone de un Instituto de Investigación acreditado con el que colabora la Unidad. - La Unidad participa en publicaciones en este campo. - La Unidad realiza sesiones clínicas multidisciplinares, al menos mensuales, que incluyan todas las Unidades implicadas en la atención de los pacientes con esta patología para la toma conjunta de decisiones y coordinación y planificación terapéutica. <ul style="list-style-type: none"> ▪ El CSUR debe garantizar la presentación de todos los pacientes de la unidad en sesión clínica multidisciplinar, quedando recogido en las respectivas actas. ▪ La Unidad recoge en las Historias Clínicas de los pacientes la fecha, conclusiones y actuaciones derivadas del estudio de cada caso clínico en la sesión clínica - La Unidad tiene un programa de formación continuada en cáncer esófago-gástrico y en reconstrucciones esofágicas complejas para los profesionales de la Unidad estandarizado y autorizado por la dirección del centro. - La Unidad tiene un programa de formación en cirugía esofágica, autorizado por la dirección del centro, dirigido a profesionales sanitarios del propio hospital, de otros hospitales y de atención primaria. - La Unidad tiene programa de formación e información en cirugía esofágica dirigido a pacientes y familias, autorizado por la dirección del centro, impartido por personal médico y de enfermería (charlas, talleres, jornadas de diálogo...).
<p>► Recursos específicos del CSUR:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El hospital cuenta con un Comité de Tumores con procedimientos normalizados de trabajo (PNT), basados en la evidencia científica, que se reúne periódicamente y que acredita sus decisiones mediante las actas pertinentes. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Al menos deben formar parte activa de dicho Comité: anatomopatólogo, radiólogo, digestólogo, oncólogo médico, oncólogo radioterápico y cirujano general y del aparato digestivo. Cuando existan pacientes candidatos a resección o reconstrucción esofágica compleja, deben asistir el cirujano plástico, torácico y otorrinolaringólogo, y si fuera necesario el cirujano vascular. ▪ El Comité debe estar en funcionamiento desde hace, al menos, 5 años.

<p>- Recursos humanos necesarios para la adecuada realización de la cirugía de resección o reconstrucción esofágica compleja en adultos:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El CSUR debe garantizar la presentación de todos los pacientes de la unidad en el Comité de Tumores ▪ La Unidad recoge en las Historias Clínicas de los pacientes la fecha, conclusiones y actuaciones derivadas del estudio de cada caso clínico en el citado Comité. <p>- El CSUR tendrá carácter multidisciplinar y estará formado por una Unidad básica y diversas Unidades que colaboran en la atención de estos pacientes que actuarán de forma coordinada las 24 horas los 365 días del año.</p> <p>La Unidad multidisciplinar básica debe estar formada, como mínimo, por el siguiente personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un coordinador asistencial, que garantizará la coordinación de la atención de los pacientes y familias por parte del equipo clínico de la Unidad básica y el resto de Unidades que colaboran en la atención de estos pacientes. El coordinador será uno de los miembros de la Unidad. - Atención continuada del equipo quirúrgico las 24 horas los 365 días del año: <ul style="list-style-type: none"> ▪ El centro cuenta con un protocolo, consensuado por la Unidad y el Servicio de Urgencias o Admisión y autorizado por la Dirección del centro, de la actuación coordinada de ambos cuando acude al hospital un paciente adulto al que se ha realizado cirugía de resección o reconstrucción esofágica. - Resto personal de la Unidad con dedicación parcial a patología esofágica compleja: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 cirujanos con dedicación preferente a cirugía esófago-gástrica ▪ 1 oncólogo médico ▪ 1 oncólogo radioterápico ▪ 1 cirujano torácico ▪ 1 otorrinolaringólogo ▪ 1 cirujano plástico ▪ 1 radiólogo ▪ 1 foniatra/logopeda
---	---

<p>Formación básica de los miembros del equipo:</p> <p>- Equipamiento específico necesario para la adecuada realización de la cirugía de resección o reconstrucción esofágica compleja en adultos:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personal de enfermería de hospitalización y de quirófano con al menos un profesional con experiencia en estomatoterapia para la atención pre y posoperatoria de los pacientes <p>El coordinador de la Unidad debe tener una experiencia mínima de 10 años en el manejo de pacientes adultos con patología esofágica maligna y benigna compleja</p> <ul style="list-style-type: none"> - Todos los facultativos de la Unidad multidisciplinaria básica deberán tener una experiencia mínima de 5 años en la atención de pacientes adultos con cáncer de esófago y urgencias esofágicas mayores - Los cirujanos deberán tener una experiencia mínima de 5 años en cirugía oncológica en su correspondiente área de especialización: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Experiencia en faringo-laringuectomías, así como en esofagectomías ▪ Experiencia en reconstrucción con colgajo libre y pediculado del esófago cervical - El radiólogo debe tener experiencia en patología cérvico-torácica - Personal de enfermería de hospitalización y quirófano con experiencia en la atención de este tipo de pacientes <p>- Hospitalización de adultos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Área quirúrgica: quirófano dotado de todo lo necesario para cirugías multidisciplinarias en las que puedan trabajar simultáneamente varias especialidades: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acceso en quirófano a las pruebas de imagen del paciente, a ser posible en formato digital. ▪ Técnicas microquirúrgicas. ▪ Técnicas de reconstrucción vascular, incluyendo técnicas endovasculares guiadas por escopia. ▪ Cirugía laparoscópica. ▪ Disponibilidad de técnicas de diagnóstico anatómico-patológico intraoperatorias. - Accesibilidad directa de los pacientes y de los centros que habitualmente atienden a los pacientes a los recursos de la Unidad mediante vía telefónica, email o similar.
--	--

► **Recursos de otras unidades o servicios** además de los del propio CSUR necesarios para la adecuada realización de la cirugía de resección o reconstrucción esofágica compleja en adultos:

El hospital donde está ubicada la Unidad debe disponer de los siguientes Servicios/Unidades:

- Servicio de oncología médica, con experiencia en la atención de pacientes adultos con cáncer de esófago. Cuenta con:
 - Hospital de Día oncológico:
 - Realizar un mínimo de 15 tratamientos en el año en pacientes >14 años con cáncer de esófago, de media en los 3 últimos años.
- Servicio de oncología radioterápica, con experiencia en la atención de pacientes adultos con cáncer de esófago.
- Servicio/Unidad de cirugía general y digestivo, que cuenta con:
 - Unidad de cirugía esófago-gástrica.
- Servicio/Unidad de digestivo, que cuenta con:
 - Unidad de endoscopia digestiva avanzada.
- Servicio/Unidad de cirugía plástica y reparadora, con experiencia en técnicas reconstructiva en pacientes con patología neoplásica cérvico-torácica.
- Servicio/Unidad de otorrinolaringología.
- Servicio/Unidad de angiología y cirugía vascular.
- Servicio/Unidad de cirugía torácica, con experiencia en la atención de pacientes oncológicos.
- Servicio/Unidad de anestesia y reanimación, con experiencia en cirugía cérvico-torácica de alta complejidad.
- Servicio/Unidad de cuidados intensivos.
- Servicio/Unidad de anatomía patológica.
- Servicio/Unidad de psiquiatría/psicología clínica con experiencia en dar soporte a los pacientes oncológicos y sus familias.
- Servicio/Unidad de diagnóstico por la imagen con experiencia de al menos 5 años en la atención de pacientes oncológicos, debe contar con RM y TAC. Acceso a herramientas informáticas de reconstrucción en 3D.

	<ul style="list-style-type: none"> - Servicio/Unidad de radiología intervencionista, con experiencia en la atención de pacientes oncológicos. - Servicio/Unidad de medicina nuclear, con experiencia de al menos 5 años en la atención de pacientes oncológicos, debe contar con SPECT-CT, PET-CT. - Servicio/Unidad de radiofísica hospitalaria - Unidad del dolor, con experiencia en la atención de pacientes oncológicos. - Servicio/Unidad de rehabilitación, con experiencia en la atención de pacientes oncológicos. - Servicio/Unidad de transfusión, con experiencia en la atención de pacientes oncológicos. - Servicio/Unidad de trabajadores sociales. - Servicio de endocrinología, con experiencia en pacientes oncológicos - Unidad de Nutrición y Dietética, con experiencia en pacientes oncológicos
<p>► Seguridad del paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La Unidad tiene establecido un procedimiento de identificación inequívoca de las personas atendidas en la misma (Checklist), que se realiza por los profesionales de la unidad de forma previa al uso de medicamentos de alto riesgo, realización de procedimientos invasivos y pruebas diagnósticas. - La Unidad cuenta con dispositivos con preparados de base alcohólica en el punto de atención y personal formado y entrenado en su correcta utilización, con objeto de prevenir y controlar las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria. El Centro realiza observación de la higiene de manos con preparados de base alcohólica, siguiendo la metodología de la OMS, con objeto de prevenir y controlar las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria. - La Unidad conoce, tiene acceso y participa en el sistema de notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente de su hospital. El hospital realiza análisis de los incidentes, especialmente aquellos con alto riesgo de producir daño. - La Unidad tiene implantado un programa de prevención de bacteriemia por catéter venoso central (BCV) (aplicable en caso de disponer de unidad de cuidados intensivos o críticos). - La Unidad tiene implantado un programa de prevención de neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV) (aplicable en caso de disponer de unidad de cuidados intensivos o críticos).

	<ul style="list-style-type: none"> - La Unidad tiene implantado el programa de prevención de infección urinaria por catéter (ITU-SU). - La Unidad tiene implantada una lista de verificación de prácticas quirúrgicas seguras (aplicable en caso de unidades con actividad quirúrgica). - La Unidad tiene implantado un procedimiento para garantizar el uso seguro de medicamentos de alto riesgo. - La Unidad tiene implantado un protocolo de prevención de úlceras de decúbito (aplicable en caso de que la unidad atienda pacientes de riesgo).
<p>► Existencia de un sistema de información adecuado:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El hospital, incluida la Unidad de referencia, deberá codificar con la CIE.10.ES e iniciar la recogida de datos del registro de altas de acuerdo a lo establecido en el Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (RAE-CMBD). <ul style="list-style-type: none"> ▪ La Unidad tiene codificado el RAE-CMBD de alta hospitalaria en el 100% de los casos. ▪ Además, la Unidad codifica el registro de los siguientes procedimientos realizados en el centro (CIE 10 ES): <ul style="list-style-type: none"> Coloplastia Coloplastia “supercharged” Gastroplastia Yeyunoplastia “supercharged” Injerto de yeyuno libre Resección y anastomosis directa Colgajos musculocutáneos libres Otros - La Unidad dispone de un registro de pacientes a los que se ha realizado cirugía de resección o reconstrucción esofágica, que al menos cuenta con los datos recogidos en el RAE-CMBD.

	<p><i>La Unidad dispone de los datos precisos que deberá remitir a la Secretaría del Comité de Designación de CSUR del Sistema Nacional de Salud para el seguimiento anual de la unidad de referencia</i></p>
<p>► Indicadores de procedimiento y resultados clínicos del CSUR^b:</p>	<p>Los indicadores se concretarán con las Unidades que se designen.</p> <p>Protocolos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La Unidad cuenta con un protocolo, que incluye procedimientos diagnósticos y terapéuticos y seguimiento de los pacientes, actualizado y conocido por todos los profesionales de la Unidad. <p>La Unidad mide los siguientes indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - % de casos con tiempo de demora diagnóstica por encima de los 10 días (incluyendo técnicas diagnósticas especiales). <p>ANATOMÍA PATOLÓGICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - % de pacientes resecaados - % pacientes con carcinomas de esófago cervical con resección quirúrgica R0, R1, R2. <ul style="list-style-type: none"> R0: resección completa con márgenes libres. R1: resección macroscópica completa con resto tumoral microscópico. R2: resección incompleta con resto tumoral macroscópico. - Nº de adenopatías resecaadas (en caso de patología maligna) <p>CIRUGÍA</p> <p>No existen indicadores de resultados o “benchmarks” admitidos internacionalmente para este tipo de cirugía, por lo que deben recogerse para su seguimiento y monitorización los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mortalidad hospitalaria y a 90 días - Morbilidad* a 90 días <ul style="list-style-type: none"> * Se calcula con la siguiente Metodología: <ul style="list-style-type: none"> - En ese periodo se incluyen los reingresos y sus complicaciones.

	<ul style="list-style-type: none"> - La metodología para objetivar la morbilidad es el análisis de la Historia Clínica (de todos los comentarios diarios médicos y de enfermería) y se registran todas las complicaciones objetivadas. - Para determinar la morbilidad, se emplea la Clasificación de Clavien Dindo, considerando complicación cualquier desviación del curso postoperatorio normal. Por tanto, se incluyen todas las complicaciones, mayores y menores (p.e. náuseas, vómitos, mal control del dolor, etc.) - Se determina el Comprehensive Complication Index (CCI), con la calculadora online https://www.assessurgery.com/ <p>En el Grupo CSUR de SI se determinarán aquellas complicaciones centinelas del procedimiento, también subsidiarias de ser comparadas, por ejemplo: fístula de anastomosis, necrosis de plastia, reintervenciones, infección urinaria, neumonía, infección del catéter central, del sitio quirúrgico...</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reingresos. - Resultados funcionales: <ul style="list-style-type: none"> % de pacientes con reconstrucción efectiva del tránsito digestivo (sin ostomías en el momento del alta). Resultado funcional del colgajo o de la plastia de sustitución. <p>Los indicadores de referencia (estándares o benchmarks) deberían revisarse tras una auditoría de resultados, estableciendo como base el percentil 75.</p> <p>RADIOQUIMIOTERAPIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - % pacientes con respuesta patológica completa o incompleta respecto al total de pacientes tratados <p>SUPERVIVENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - % pacientes con neoplasias o con patología benigna con supervivencia global y libre de eventos al año, 2 y 5 años del tratamiento.
--	--

^a *Experiencia avalada mediante certificado del gerente del hospital.*

^b Los estándares de resultados clínicos, consensuados por el grupo de expertos, se valorarán, en principio por el Comité de Designación, en tanto son validados según se vaya obteniendo más información de los CSUR. Una vez validados por el Comité de Designación se acreditará su cumplimiento, como el resto de criterios, por la S.G. de Calidad Asistencial.

Bibliografía:

1. Sección de Cirugía esófago-gástrica. Memòria de l'Unitat de Reconstrucció Esofàgica Complexa (UREC). Hospital Universitario Bellvitge, 2021.
2. Farran L, Miró M, Biondo S *et al.* Reconstrucción esofàgica en un segundo tiempo: coloplastia y gastroplastia. *Cir Esp* 2008;83:238-42.
3. Farran L, Viñals JM, Miró M *et al.* Ileocoloplastia supercharged: una opción para reconstrucciones esofàgicas complejas. *Cir Esp* 2011;89:87-93.
4. López de Argumedo M. Requisitos de los centros de referencia para la cirugía de cáncer esofàgico. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2019. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: Osteba. IR 19-07
5. Barkley C, Orringer MB, Iannettoni MD *et al.* Challenges in reversing esophageal discontinuity operations. *Ann Thorac Surg* 2003;76:989-95.
6. Schmidt HM, Gisbertz SS, Moons J *et al.* Defining benchmarks for transthoracic esophagectomy. A multicenter análisis of total minimally invasive esophagectomy in low risk patients. *Ann Surg* 2017;266:814-21.
7. Messenger M, Warlaumont M, Renaud F *et al.* Recent improvements in the management of esophageal anastomotic leak after surgery for cancer. *Eur J Surg Oncol* 2017;43:258–69.
8. Vonlanthen R, Lodge P, Barkun JS *et al.* Towards a consensus on centralization in surgery. *Ann Surg* 2018;268:712-24.
9. Varaganam M, Hardwick R, Riley S *et al.* Changes in volume, clinical practice and outcome after reorganisation of oesophago-gastric cancer care in England: A longitudinal observational study. *EJSO* 2018;44:524-31.
10. de la Plaza Llamas R, Ramia Ángel JM, Bellón JM, *et al.* Clinical Validation of the Comprehensive Complication Index as a Measure of Postoperative Morbidity at a Surgical Department: A Prospective Study. *Ann Surg.* 2018;268:838–844.
11. De la Plaza Llamas R, Ramia JM. Postoperative complications in gastrointestinal surgery: A “hidden” basic quality indicator. *World J Gastroenterol.* 2019;25:2833–2838.
12. De la Plaza Llamas R, Ramia JM. Cost of postoperative complications: How to avoid calculation errors. *World J Gastroenterol.* 2020;26:2682–2690.
13. De la Plaza Llamas R. Real postoperative complication rates: a key parameter that is not monitored. *Br J Surg.* 2021;108:e125–e126.