

Antecedentes: La fuga anastomótica es la complicación mayor más común después de la cirugía de colon en todo el mundo. Afecta al 8% de los pacientes después de una colectomía derecha, lo que conlleva una mala calidad de vida y un riesgo aumentado 10 veces de muerte postoperatoria. El objetivo del estudio EAGLE fue desarrollar y valorar la implementación de una intervención a nivel internacional de alto estándar de mejora de la calidad para reducir la fuga anastomótica.

Métodos: Se desarrolló de forma colaborativa una intervención de mejora de la calidad a nivel hospitalario con un equipo multidisciplinario internacional a través de un proceso Delphi en varias etapas. La intervención consistía en un módulo educativo online que introducía la estratificación del riesgo de fuga anastomótica del paciente (in this line, I had added "fuga anastomotica just to make clear we are talking about risk of AL, it sounds better so in spanish) , una lista de verificación intraoperatoria y una técnica quirúrgica armonizada. Cualquier equipo hospitalario que realizara regularmente operaciones de colectomía derecha podía participar . Los equipos hospitalarios se asignaron al azar a uno de tres grupos concurrentes, en los que se varió la secuencia de implementación de la intervención y la recopilación de datos (un diseño de escalera interrumpida incompleta). La asignación al azar se completó en lotes secuenciales con un mínimo de 18 equipos hospitalarios por lote. Se incluyeron a los pacientes consecutivos de ≥ 18 años sometidos a una colectomía derecha por cualquier indicación. Los pacientes desconocían la asignación del estudio. El resultado primario fue la fuga anastomótica (fuga clínica o radiológicamente (we only use "mente"/"ly" in the second word) diagnosticada de contenido intestinal o colección pélvica), evaluada según la intención de tratar.

Resultado: De los 355 equipos hospitalarios registrados, se incluyeron 332 de 64 países en los análisis finales, de los cuales el 41% eran de países de ingresos bajos y medianos. 2143/4411 (48.6%) cirujanos elegibles completaron los módulos educativos online . Se reclutaron 3268 pacientes en 35 meses y 3039 se incluyeron en el análisis primario (23 se perdieron en el seguimiento y en 217 pacientes no se realizó anastomosis). Hubo una reducción absoluta del 0.5% en la tasa de fuga anastomótica, pasando del 10.1% (170/1691) preintervención al 9.6% (129/1348) postintervención (razón de probabilidades ajustada 0.87, intervalo de confianza del 95% 0.59-1.30, $p=0.498$). No hubo diferencias en los resultados secundarios. El análisis de subgrupos preplanificado indicó que el efecto de la intervención fue modificado por la proporción de cirujanos dentro de un equipo que completaron los módulos educativos online , con tasas de fuga más bajas en los hospitales con baja participación (<50% de cirujanos que completaron el módulo) de 8.3% y 13.8% antes y después de la intervención, respectivamente (razón de probabilidades ajustada 2.09, IC del 95% 1.31-3.31) en comparación con 12.2% y 5.1% en hospitales con alta participación ($\geq 80\%$ de cirujanos que completaron el módulo; razón de probabilidades ajustada 0.36, IC 0.20-0.64; p para interacción <0.001).

Conclusiones: No hubo una reducción concluyente en la fuga anastomótica en general. Sin embargo, los equipos hospitalarios que participaron activamente en la intervención experimentaron una reducción significativa y notable en las tasas de fuga. EAGLE valida un programa digital de alta calidad que es globalmente aplicable y que puede ser implementado de manera rápida para abordar la fuga anastomótica después de una colectomía derecha. La alta participación del equipo es probablemente clave para una implementación exitosa y mejores resultados para los pacientes al [realizar](#) intervenciones complejas.