



Original

Factores de riesgo de mortalidad postoperatoria en el cáncer colorrectal: seguimiento de una cohorte en una unidad especializada

José Errasti Alustiza^{a,c,*}, Baltasar Cermeño Toral^a, Eugenia Campo Cimarras^{a,c}, José Antonio Romeo Ramírez^a, José Domingo Sardón Ramos^a, Lorena Reka Mediavilla^a, Iratxe Arrillaga Alcorta^a y Naiara Parraza Díez^b

^aServicio de Cirugía General, Hospital Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz, España

^bUnidad de Investigación de Álava, Hospital Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz, España

^cUnidad Docente de Medicina de Vitoria, Universidad del País Vasco, Vitoria-Gasteiz, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 25 de marzo de 2009

Aceptado el 9 de septiembre de 2009

On-line el 5 de diciembre de 2009

Palabras clave:

Neoplasia colorrectal

Cáncer colorrectal

Cirugía colorrectal

Mortalidad

Auditoría clínica

Estándares

RESUMEN

Introducción: El tratamiento del cáncer colorrectal (CCR) es habitualmente quirúrgico y conlleva una morbimortalidad. El objetivo de este estudio es cuantificar la mortalidad postoperatoria en nuestro hospital y determinar sus factores de riesgo.

Material y método: Estudio prospectivo observacional de los 1.017 pacientes operados en nuestro hospital por CCR desde 1996 hasta 2007. Identificación de factores de riesgo independientes de mortalidad postoperatoria mediante estudio multivariante.

Resultados: La edad media era de 67,8 años. La cirugía se programó en 879 pacientes (86,5%) y se consideró curativa en 878 (86,1%). La mortalidad postoperatoria fue del 3,6% (37 pacientes) (el 2,5% en la cirugía programada y el 10,9% en la cirugía urgente). Los factores de riesgo independientes identificados fueron el tipo de cirugía (*odds ratio* [OR] para urgente versus programada=2,8), el grado de la American Society of Anesthesiologists (ASA) (OR para ASA III-IV versus ASA I-II=2,4) y la edad (OR para edad ≥ 85 versus $\leq 74=7,6$ y edad 75-84 versus $\leq 74=2,4$).

Conclusiones: Tenemos una baja mortalidad postoperatoria que se asocia principalmente a una edad mayor de 75 años, a los grados ASA III-IV y a la cirugía urgente.

© 2009 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Postoperative mortality risk factors in colorectal cancer: Follow up of a cohort in a specialised unit

A B S T R A C T

Introduction: The treatment of colorectal cancer (CRC) is usually surgical and involves morbidity-mortality. The aim of this study is to quantify the postoperative mortality in our hospital and to determine their risk factors.

Keywords:

Colorectal neoplasms

Colorectal cancer

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jose.errastialustiza@osakidetza.net (J. Errasti Alustiza).

Colorectal surgery
Mortality
Clinical audit
Standards

Materials and methods: Prospective observational study from 1996 to 2007 included 1017 patients who underwent surgery for CRC in our hospital. Identification of independent risk factors for postoperative mortality by multivariate analysis.

Results: The mean age was 67.8 years. The surgery was elective in 879 (86.5%) and was considered curative in 878 (86.1%). The postoperative mortality was 3.6% (37 patients), 2.5% in the elective surgery and 10.9% in the urgent.

The independent risk factors identified were: type of surgery (odds ratio for urgent vs. elective=2.8), American Society of Anesthesiologists (ASA) grade (odds ratio for ASA III-IV vs. I-II=2.4), age (odds ratio for age ≥ 85 vs. ≤ 74 =7.6 and age 75-84 vs. ≤ 74 =2.4).

Conclusions: We found a low postoperative mortality, which was mainly associated with age over 75 years, ASA III or IV stages and urgent surgery.

© 2009 AEC. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El cáncer colorrectal (CCR) es el cáncer más frecuente en ambos sexos (se excluyen los tumores de la piel) y se estima que hay 21.000 pacientes nuevos cada año en España¹. La extirpación del tumor sigue siendo el tratamiento más eficaz para curar el CCR. El tratamiento quirúrgico ha ido mejorando sus resultados con una disminución progresiva de la morbimortalidad, pero sin desaparecer.

Conocer la mortalidad postoperatoria tiene una gran importancia por ser uno de los indicadores de calidad de un proceso asistencial^{2,3}, y permite compararnos con los estándares. En la guías españolas^{4,5} se recomienda que la mortalidad postoperatoria sea menor del 5% en la cirugía programada y menor del 20% en la cirugía urgente. Por otra parte, el conocer sus factores de riesgo nos conduce a poder informar individualmente a cada paciente en función de ellos.

Si aceptamos que sólo se opera al 80% de los CCR⁶ y que la mortalidad postoperatoria es del 3%, 500 pacientes fallecerían cada año en nuestro país en el postoperatorio del CCR, lo que le confiere una gran importancia clínica y social.

El objetivo del presente estudio es cuantificar la mortalidad postoperatoria del CCR en nuestro hospital y determinar sus factores de riesgo.

Material y métodos

Estudio prospectivo observacional realizado en un hospital de 500 camas, que atiende a una población de 250.000 habitantes, con docencia de pregraduados y formación de residentes. Se incluyó a todos los pacientes que se intervinieron quirúrgicamente en nuestro hospital por CCR desde enero de 1996 hasta diciembre de 2007. Los 5 cirujanos que integraban la unidad de Coloproctología y los residentes que rotaban por ella realizaron toda las cirugías programadas y el 70% de la cirugía urgente.

Con el objetivo de conocer nuestros resultados en el tratamiento del CCR, en 1996 se creó una base de datos en la que se recogían las características del paciente, el tumor, la cirugía, la anatomía patológica, los tratamientos complementarios y la evolución. La introducción de datos se realizaba con el alta hospitalaria y se actualizaba en la consulta externa

con cada visita de control. En caso de pérdida de seguimiento se contactaba telefónicamente.

Se consideró mortalidad postoperatoria a la producida hasta el día 30 después de la intervención quirúrgica, aunque se les hubiera dado el alta de hospitalización.

Se clasificó como cirugía urgente a la que no se pudo demorar más de 48 h. Se definió como cirugía programada a la que pudo diferirse, aunque el problema inicial se tratara de forma urgente, por ejemplo, una oclusión por neoplasia de sigma con colocación inicial de endoprótesis y cirugía programada en un segundo tiempo.

Para la valoración del grado de la American Society of Anesthesiologists (ASA) se utilizó la escala de estado físico de ésta⁷.

Se incluyó como localización rectal cuando el tumor se encontraba a menos de 15 cm del margen anal. En los casos en los que había 2 o más tumores y estaban localizados uno en el colon y otro en el recto, se clasificó como localizado en ambos.

Se consideró cirugía radical aquella en la que se realizó la extirpación total del tumor primario y las posibles metástasis sincrónicas, ya fuera en uno o en 2 tiempos, y en las que no quedara tumor macroscópico ni microscópico residual.

En la resecabilidad, se definió como tumor resecable aquél en el que se realizó la extirpación completa del tumor primario, aunque pudieran permanecer metástasis a distancia.

Para el estadio tumoral se utilizó la clasificación TNM de la American Joint Committee on Cancer⁸.

La mortalidad postoperatoria y el resto de los factores de riesgo estudiados se describieron mediante análisis univariante.

Posteriormente, con las variables que demostraron una relación suficiente ($p < 0,15$) con la variable dependiente, se construyó un modelo de regresión logística multivariante para determinar la contribución independiente de cada uno de los factores de riesgo. Se calculó la *odds ratio* (OR) con un intervalo de confianza (IC) del 95%. El ajuste del modelo resultante se evaluó mediante el test de Hosmer-Lemeshow. A pesar de que la revisión se realizó sobre más de 1.000 pacientes, el número de episodios (fallecimientos) fue pequeño. Por esto, el grado ASA y el estadio TNM tuvieron que agruparse en 2 categorías (ASA: I-II/III-IV; TNM: I-II-III/IV) para facilitar la estabilidad de los estimadores obtenidos. Por la misma causa, la edad se agrupó en 3 categorías ($< 75/75-84/\geq 85$).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4253306>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4253306>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)