



O-6 - REQUERIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL E IMPACTO DE LA EXPERIENCIA DEL EQUIPO QUIRÚRGICO SOBRE MORTALIDAD POSTOPERATORIA. DATOS DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE CATALUÑA 2007-2016

M. Guasch¹, E. Vela², E. Cabré^{3,4}, M. Clèries², F. Cañete^{3,4}, D. Parès⁵, À. Guarga⁶, J. Troya⁵, M. Mañosa^{3,4} y E. Domènech^{3,4}

¹Servicio de Cirugía Digestiva, Hospital San Jorge, Huesca. ²Unidad de Formación y Conocimiento; ⁶Área de Atención Primaria, Servei Català de la Salut, Generalitat de Catalunya. ³Servicio de Aparato Digestivo; ⁵Servicio de Cirugía Digestiva, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. ⁴CIBEREHD.

Resumen

Introducción: La cirugía es necesaria en una proporción considerable de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). A pesar de los avances tecnológicos y farmacológicos, su tasa de morbimortalidad es elevada en relación a otras cirugías abdominales. Por este motivo, la experiencia del equipo quirúrgico puede ser crítica.

Objetivos: Describir las necesidades de cirugía resectiva en la enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU) en el Sistema Público de Salud de Cataluña (CatSalut) en la última década y su mortalidad asociada.

Métodos: Se identificaron todos los pacientes residentes en Cataluña con diagnóstico de EII y con un procedimiento de resección intestinal realizada durante el período 2007-2016. Se analizó la mortalidad postoperatoria de los pacientes mediante el análisis de supervivencia Kaplan-Meier. Fuente de datos: base de datos de morbilidad del CatSalut.

Resultados: La prevalencia de EII durante el período del estudio aumentó de 7.600 a 14.744 (EC) y de 14.077 a 24.152 (CU). Se identificaron 1.661 resecciones intestinales en EC, que resultaron en una tasa anual de resección que osciló entre 1,08 y 1,92%. En CU, se registraron 738 colectomías, con una tasa anual entre 0,31 y 0,49%. Las intervenciones quirúrgicas se efectuaron en un total de 55 centros, que se agruparon según el número total de intervenciones durante el período de estudio en: alto volumen (si > 100, n = 7), medio volumen (si 50-100, n = 7) o bajo volumen (si < 50, n = 41). 43 centros realizaron menos de 20 cirugías en CU durante este período. La probabilidad acumulada de mortalidad se muestra en la tabla.

Mortalidad
intra-hospitalaria
(IC95%)

Mortalidad 30 días
(IC95%)

Mortalidad 90 días
(IC95%)

	Alto volumen	1,2% (0,5-1,9)*	1,6% (0,8-2,4)*	1,7% (0,9-2,5)*
EC	Medio volumen	3,5% (1,4-5,5)	4,4% (2,1-6,7)	4,8% (2,4-7,1)
	Bajo volumen	2,3% (0,7-3,8)	3,4% (1,5-5,2)	4,5% (2,3-6,7)
	Alto volumen	5,2% (2,9-7,3)	5,7% (3,3-7,9)	6,5% (4,0-8,9)
CU	Medio volumen	5,1% (1,3-8,7)	8,0% (3,4-12,4)	8,0% (3,4-12,4)
	Bajo volumen	5,2% (2,2-8,1)	6,6% (5,2-9,9)	7,1% (3,6-10,5)

*p < 0,05.

Conclusiones: La tasa anual de cirugía resectiva en Cataluña es del 1-2% en EC e inferior al 0,5% en CU. Los centros con un alto volumen de actividad quirúrgica en EII realizaron la mayoría de cirugías en CU y tienen una menor mortalidad en la cirugía de la EC.