

Tendencia en volumen hospitalario y mortalidad operatoria para cirugías de alto riesgo.

Finks JF et al. N Engl J Med 2011; 364: 2128-37

En Estados Unidos de Norteamérica, en la última década, se han desarrollado tendencias orientadas a concentrar ciertas cirugías de alto riesgo (CAR), en centros de alto volumen (CAV), al haberse observado una relación inversamente proporcional entre ambos factores: a mayor volumen menor mortalidad. Sin embargo, existen barreras para lograr este propósito, y no se ha analizado el alcance que ha tenido esta iniciativa ni el impacto que ha tenido sobre la mortalidad operatoria.

Los autores, sobre la base del registro de Medicare, analizaron qué sucedió en este sentido, entre los años 1999 y el 2008, para cirugía resectiva por cáncer de esófago, pulmón, páncreas y vejiga y en la cirugía electiva por un aneurisma aórtico abdominal (AAA), revascularización coronaria (RC), endarterectomía carotídea (EC) y reemplazo valvular aórtico (RVA). Para estos efectos se midió la mortalidad operatoria definida como la muerte ocurrida durante la hospitalización o hasta los 30 días del postoperatorio. Se analizaron datos de más de 3,2 millones de pacientes.

Durante el período, el volumen medio hospitalario de casos operados por los cánceres seleccionados aumentó sustancialmente, como también el de reparación de AAA y en menor extensión el volumen de RVA. Para la cirugía de esófago, aumentó de 4 a 7; para páncreas de 5 a 13; para pulmón de 18 a 23; en el caso de cistectomías de 5 a 8. La media de reparaciones de AAA aumentó de 22 a 33. Las razones del aumento para las esofagectomías se debió a la

concentración de estos casos en menos hospitales pero para los RVA el aumento se debió al mayor número nacional. Esto significa que los centros de alto volumen pasaron a concentrar la cirugía de esófago de un 39% a un 45%; para páncreas de 42% a 51%; en caso de pulmón de 39% a 41% y de cistectomías de 35% a 47%. Al contrario, en el mismo período disminuyó el volumen hospitalario de RC y EC.

Para todos los procedimientos quirúrgicos analizados la mortalidad disminuyó significativamente a lo largo de los 10 años de observación. El mayor volumen hospitalario explica una gran parte de la disminución de la mortalidad por cirugía de páncreas, vejiga y esófago, en cifras de 67%, 37% y 32% respectivamente. Para estos tres casos, este efecto de declinación de la mortalidad es explicado por la concentración de las cirugías. Una pequeña proporción de esta disminución es atribuible al aumento del volumen hospitalario en el caso de resección pulmonar, reparación de AAA y RVA. Para la mortalidad asociada a RC y EC el volumen hospitalario no jugó un rol.

Los autores concluyen que los adelantos técnicos en general, los mejores cuidados intensivos, los cuidados perioperatorios y políticas de *check-list* explican la disminución global de la mortalidad quirúrgica, pero en el caso de cirugía de páncreas, esófago y vejiga hay evidencia fuerte que asocia mejor resultado con mayor volumen. Con todo, existe un amplio espacio para mejorar.

Dr. Ricardo Espinoza G.
Universidad de los Andes
Santiago, Chile

Resultados de la colectomía derecha y de la colectomía izquierda por cáncer de colon.
Masoomi H. et al. J Gastrointest Surg. 2011; PMID: 21845511.

Antecedentes: La colectomía derecha (CD) se considera generalmente como una intervención más simple que la colectomía izquierda (CI). Este estudio fue primariamente concebido para comparar las características demográficas y los resultados perioperatorios entre los pacientes sometidos a una CD vs CI, y, secundariamente, identificar los factores predictivos del absceso abdominal y/o de la dehiscencia anastomótica postoperatoria.

Método: Usando la base de datos 2007 de Muestra Nacional de pacientes hospitalizados en USA se compara los resultados de la CD y de la CI electivas.

Resultados: Un total de 50.799 pacientes se incluyeron (CD: 63,5%; CI: 36,5%). El porcentaje global de colectomía laparoscópica fue 9,6% (CD: 9,7% vs CI: 9,5%; $p = 0,39$). El 54% de los pacientes eran blancos (caucásicos), con un mayor porcentaje de mujeres en el grupo de la CD (54,2% vs 46,5%; $p < 0,01$). El grupo CD era mayor (70,8 vs 65,8 años; $p < 0,01$) y con mayor co-morbilidades. Aunque la

CI tuvo una tasa mayor de complicaciones intraoperatorias (CD: 0,30% vs CI: 1,32%; $p < 0,01$), la CD tuvo una mayor tasa global de complicaciones postoperatorias (28,43% vs 26,75%; $p < 0,01$). El tiempo de hospitalización promedio (7,37 vs 7,38 días) y la mortalidad perioperatoria intrahospitalaria (CD: 1,37 vs CI: 1,49%) fueron similares en ambos grupos. El análisis multivariado identificó la raza de nativos americanos (OR: 2,02), la falla renal crónica (OR: 1,97), la insuficiencia cardíaca (OR: 1,72), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (OR: 1,40), la enfermedad metastásica (OR: 1,34), el género masculino (OR: 1,23) y la CI (OR: 1,12) como factores independientes que aumentan el riesgo de absceso/dehiscencia anastomótica postoperatorios.

Conclusiones: Los pacientes sometidos a una CD son de mayor edad y con más patologías asociadas que los CI. Las características de los pacientes y las comorbilidades fueron más relevantes en determinar las complicaciones globales que el tipo de anastomosis.

*Dr. Guillermo Bannura C.
Hospital San Borja Arriarán
Santiago, Chile.*