



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-384 - IMPORTANCIA DE LA CLASIFICACIÓN ASA EN LOS RESULTADOS A CORTO Y LARGO PLAZO TRAS LA RESECCIÓN HEPÁTICA POR METÁSTASIS DE ADENOCARCINOMA COLORRECTAL. OCHO AÑOS DE EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE REFERENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

V. Borrego Estella, I. Molinos Arruebo, N. Peña de Buen, G. Inaraja Pérez, I. Talal El-Abur, S. Saudi Moro, J.L. Moya Andia, M. Pérez Sánchez Cuadrado, P. Riverola Aso y A. Serrablo Requejo

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Objetivos: Analizar la comorbilidad asociada, en base a la clasificación-ASA, de los pacientes intervenidos de metástasis hepáticas de cáncer colorrectal (MHCCR) y determinar la relación entre el grado ASA con la morbilidad postoperatoria/edad/estancia media/transfusión perioperatoria/supervivencia y recurrencia.

Métodos: Estudio retrospectivo sobre una base de datos completada de forma prospectiva de 250 pacientes consecutivos sometidos a cualquier tipo de resección hepática (292 RH) por MHCCR sincrónicas/metacrónicas en un hospital de tercer nivel, dentro de un equipo multidisciplinar. Codificación de 74 variables: datos filiación-comorbilidad (ASA-score), datos CCR, datos diagnóstico-resección MH, datos afectación-extrahepática, datos seguimiento-recurrencia. Se realizó análisis univariante/multivariante, programa SPSS™-15.0 considerando p-valor < 0,05 significativo. Variables categóricas-cualitativas se compararon por test- χ^2 y las continuas con test t-Student. Las complicaciones postoperatorias (incluyendo mortalidad) se definieron a 90 días según clasificación Clavien-Dindo 2004-2009. Hemos analizado curvas de supervivencia global (SG) y libre de enfermedad (SLE) a 1-3-5 Kaplan-Meier log rank-test de la serie global y por factores pronósticos.

Resultados: Todos los pacientes presentaron algún tipo de comorbilidad en base al riesgo anestésico ASA (ASA 2: 181 pacientes, 72,4% y ASA 3: 69 pacientes, 27,6%). El grado ASA no se relacionó con mayor morbilidad postoperatoria (grado I-IV) ($p = 0,160$) pero sí con mayor mortalidad postoperatoria (grado V) [el 71,4% de las muertes acontecieron en pacientes con ASA 3-4 ($p = 0,009$)]. Un ASA 3-4 no fue factor de mal pronóstico sobre la SG ($p = 0,221$) ni sobre la SLE ($p = 0,546$). Los pacientes ≥ 70 años se relacionaron con un mayor riesgo quirúrgico ASA 3-4 ($p = 0,001$). El ASA 3-4 no se relacionó de con una estancia media ≥ 15 días ($p = 0,100$) ni con una mayor tasa de transfusión intra/postoperatoria ($p = 0,773$).

Conclusiones: La clasificación ASA conlleva cierto grado de subjetividad. No hay pacientes considerados ASA 1 porque la definición del mismo como "paciente sano" creemos que no debe aplicarse a un paciente con neoplasia diseminada independientemente de la patología sistémica asociada o no con mayor o menor limitación funcional. Para otras series sólo la mitad de los pacientes tenía algún factor de comorbilidad asociado pero no estratificaron a los pacientes según el ASA sino por factores de comorbilidad aislados (HTA, diabetes, EPOC). La ausencia de relación del grado ASA con una morbilidad pero sí con mayor mortalidad postoperatoria está en consonancia con Reddy et al que observaron un aumento en las cifras de

mortalidad en relación al aumento de la clasificación ASA. Este grupo no encontró diferencias en cuanto a morbilidad. Belghiti et al están en consonancia con nosotros en cuanto a mortalidad, pero no en relación a la morbilidad postoperatoria. Este grupo estratificó los pacientes como ASA 1/ASA > 1, a diferencia de nosotros (ASA1-2/ASA 3-4), con lo que el hecho de incluir en uno de los grupos sólo pacientes sanos (ASA 1) puede explicar las diferencias. Lordan et al no encuentran diferencias en morbimortalidad pero presentan también pacientes ASA 1. Esto puede relacionarse con que los pacientes > 70 años tuvieron más riesgo ASA 3-4 ($p = 0,001$), recalcamos la importancia de que la valoración preoperatoria de los pacientes de edad avanzada es fundamental para minimizar la mortalidad postoperatoria.