

Mortalidad de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal Crónica en el Área V de Gijón, Asturias. Resultados del Registro del Área del Hospital de Cabueñes de 1992 a 2006

Saro C¹, De la Coba C¹, Román FJ¹, García R¹, Álvarez A¹, Pérez-Pariente JM¹, Tojo R¹, Posadilla M¹, Varela P¹, Méndez I², Lázaro P².

¹ Servicio de Aparato Digestivo. Hospital of Cabueñes. Gijón. Asturias.

² Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud (TAISS).



INTRODUCCIÓN

- En los últimos años disponemos de un arsenal terapéutico y nuevas técnicas quirúrgicas específicas para el tratamiento y control de la enfermedad inflamatoria intestinal crónica (EIIIC), que ha permitido mejorar la calidad de vida de este grupo de pacientes.
- Desconocemos si estos tratamientos han mejorado la supervivencia en nuestro área.

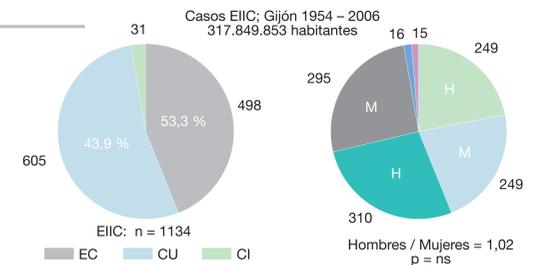
OBJETIVOS

Estudio Epidemiológico de Mortalidad de Cohorte Histórica Poblacional

- Determinar la supervivencia y las tasas de mortalidad en nuestro medio para la Colitis Ulcerosa (CU), la Enfermedad de Crohn (EC) y la Colitis Indeterminada (CI).
- Relacionar la mortalidad y supervivencia con distintos factores en los pacientes con EIIIC del área sanitaria del Hospital de Cabueñes (Gijón).

PACIENTES

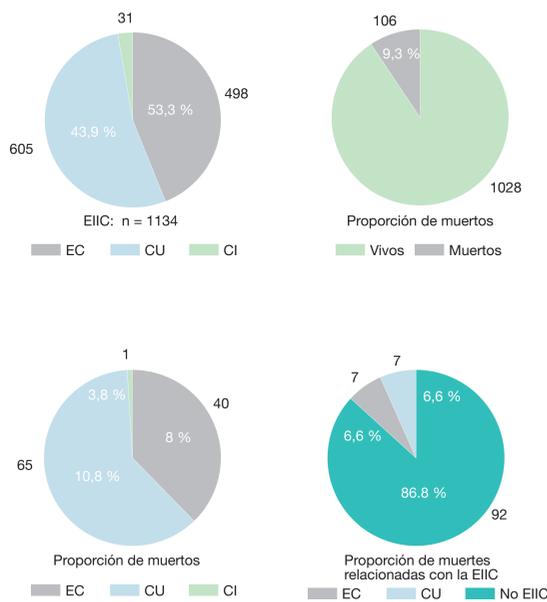
- Registro de datos de todos los pacientes con EIIIC diagnosticados en el área sanitaria del Hospital de Cabueñes de 1992 a 2006.
- La cohorte consta de 1.134 pacientes diagnosticados en base a los criterios diagnósticos de Lennard-Jones, Truelove y Ashley B. Price para la EC, CU y CI respectivamente, de los que 373 (32,9%) pacientes se diagnosticaron antes de 1992. 498 EC (43,9%), 605 CU (53,3%) y 31 CI (2,7%).
- La cohorte de pacientes ha sido seguida en consultas y por control telefónico en los que no acuden durante el último año.



MÉTODOS

- Se realizó un estudio descriptivo de las causas de mortalidad y los datos relacionados con las muertes en EIIIC.
- Se estudia la supervivencia de la EIIIC y sus factores relacionados por técnica de regresión de Cox.
- La mortalidad y la tasa de mortalidad estandarizada (SMR) se computó después de una agregación por sexos, edad al exitus y en períodos de cinco años. Se estudiaron las tasas de mortalidad con técnica de regresión de Poisson.
- Los datos demográficos de la población del área se toman de fuentes estadísticas locales y nacionales. La estandarización se hace con los datos del CE-15 de la población europea.

RESULTADOS



EXITUS: CAUSAS

	EIIIC		EC			CU		
	N	%	N	%	% fallecidos	N	%	% fallecidos
Relacionada con EII	9	8,5	3	7,5	33,3	6	9,2	66,7
Cáncer relacionado EII	5	4,7	4	10,0	80,0	1	1,5	20,0
Digestiva	3	2,8	1	2,5	33,3	2	3,1	66,7
Cerebrovascular	13	12,3	1	2,5	7,7	12	18,5	92,3
Otros cánceres	19	17,9	7	17,5	36,8	11	16,9	57,9
Deterioro neurológico	8	7,5	1	2,5	12,5	7	10,8	87,5
Cardiovascular	14	13,2	8	20,0	57,1	6	9,2	42,9
Respiratoria	17	16,0	6	15,0	35,3	11	16,9	64,7
Peri-quirúrgica	5	4,7	2	5,0	40,0	3	4,6	60,0
Suicidios	3	2,8	3	7,5	100,0	0	0,0	0,0
Hematológica	1	0,9	0	0,0	0,0	1	1,5	100,0
Desconocida	8	7,5	3	7,5	37,5	5	7,7	62,5
Otros	1	0,9	1	2,5	100,0	0	0,0	0,0

EIIIC. RATIO DE MORTALIDAD ESTANDAR (RME) (1992-2006)

El estudio de SMR a lo largo del periodo del estudio no mostró diferencias con la población general

	EIIIC		EC		CU		CU	
	RME	IC 95%						
< 60 años	0,70	0,41-1,10	0,82	0,37-1,56	0,64	0,29-1,21		
≥ 60 años	0,79	0,63-0,97	1,08	0,73-1,54	0,70	0,53-0,90	0,56	0,01-3,10
Global	0,77	0,63-0,94	1,00	0,71-1,37	0,69	0,53-0,88	0,40	0,01-2,21
1992/1996	0,42	0,24-0,68	0,33	0,09-0,85	0,47	0,24-0,82	0,00	
1997/2001	1,06	0,79-1,40	1,36	0,82-2,12	0,96	0,66-1,36	0,00	
2002/2006	0,76	0,54-1,05	1,24	0,71-2,02	0,59	0,36-0,90	0,78	0,01-4,35

Muertes Esperadas = población x tasa referencia / 1000
RME = Muertes observadas / muertes esperadas

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES MUERTOS POR LA PROPIA ENFERMEDAD

Edad al diagnóstico	EIIIC			EC			CU		
	N	Media	DE	N	Media	DE	N	Media	DE
Exitus por causas relacionadas con la EIIIC	14	56,0	21,8	7	61	20	7	51	24
Resto de pacientes	1120	39,8	17,8	491	35	16	598	44	18

Años desde el diagnóstico

Exitus por causas relacionadas con la EIIIC	14	4,6	6,1	7	7,9	7,2	7	1,4	2,1
Resto de pacientes	1120	14,3	9,5	491	15,3	9,5	598	13,6	9,5

Síntomas antes del diagnóstico (meses)

Exitus por causas relacionadas con la EIIIC	14	55	95	7	101	119	7	8	19
Resto de pacientes	1120	26	65	491	44	87	598	11	31

Edad de la muerte o censura

Exitus por causas relacionadas con la EIIIC	14	61,2	21,8	7	69	15	7	53	25
Resto de pacientes	1120	54,5	17,3	491	51	16	598	58	18

Cirugías

Exitus por causas relacionadas con la EIIIC				7	1,9	2,1	7	0,3	0,5
Resto de pacientes				491	0,9	1,4	598	0,1	0,4

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES MUERTOS POR LA PROPIA ENFERMEDAD

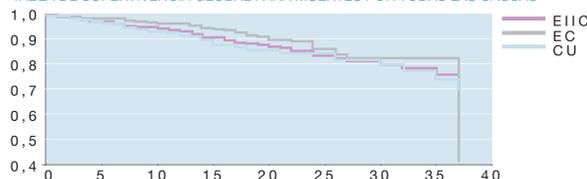
	EIIIC			EC			CU		
	N	Media	DE	N	Media	DE	N	Media	DE
Exitus por causas relacionadas con la EIIIC	14	56,0	21,8	7	61	20	7	51	24
Resto de pacientes	1120	39,8	17,8	491	35	16	598	44	18

TASA DE MORTALIDAD EN EIIIC (1192 CASOS)

	EC	CU	CI	EIIIC
n	40	65	1	106
%	8,0	10,8	3,2	9,3
Tasa de mortalidad (Nº muertes/1000 habitantes)	80	108	32	93

Odds Ratio (Mujeres/Hombres) = 0,43 (0,13-1,37). P=0,152
Mortalidad comparada, CU/EC: p = ns

TABLA DE SUPERVIVENCIA GLOBAL PARA MUERTES POR TODAS LAS CAUSAS



CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES MUERTOS POR LA PROPIA ENFERMEDAD

El modelo de supervivencia de Cox mostró:

- Tasas de riesgo más altas entre los pacientes más viejos al diagnóstico
- Estos pacientes diagnosticados a una edad más avanzada, tienen un período más largo de síntomas de EIIIC antes del diagnóstico, mostrando una tendencia casi significativa en la mortalidad
- Tienen tiempo de progresión de su enfermedad más corto
- Más probablemente había padecido tumores y cirugías relacionadas con la EIIIC

CONCLUSIONES

- La mortalidad entre los pacientes de EIIIC no es diferente a la mortalidad de la población general.
- Los pacientes que mueren por causa relacionada con la EIIIC se diagnostican a una edad mayor, tienen una evolución más corta de su enfermedad y desarrollan tumores relacionados con la EIIIC en una proporción más alta.

Referencias:
Hanauer et al. Gastroenterology 2006;130:323-33
Lichtenstein et al. Am J Gastroenterol 2004;99:91-6

VIII Reunión Nacional de la Asociación Española de Gastroenterología. Madrid. 6-8 Marzo 2011