Rev Clin Esp. 2017;217(Espec Congr):277

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

EP-036 - RESULTADOS DEL MANEJO DEL PACIENTE QUIRÚRGICO CON EXACERBACIÓN DE EPOC POR EL MÉDICO HOSPITALISTA

C. Villamor Jiménez[1], A. Álvarez-Arcaya Vicente[1], E. Sánchez Pérez[1], C. Pinedo[2] y B. Morales[2]

[1]Unidad de Medicina Hospitalaria; [2]Servicio de Neumología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Resumen

Objetivos: El modelo de atención compartida del paciente quirúrgico está cada vez más instaurado en los hospitales, debido a la mayor complejidad por la comorbilidad y los procesos asistenciales. La Unidad de Medicina Hospitalista (UMH) realiza asistencia compartida del paciente complejo en los servicios de Cirugía General y Digestiva (CGD), Cirugía Maxilofacial y Cirugía Torácica. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es frecuente e incrementa la susceptibilidad a complicaciones postoperatorias. El objetivo de este trabajo es describir los resultados del manejo de los pacientes quirúrgicos con diagnóstico de EPOC atendidos por la UMH.

Material y métodos: En 2014 la UMH formó un grupo de trabajo formado por hospitalistas y neumólogos para desarrollar el protocolo para el tratamiento de la exacerbación de la EPOC por el médico hospitalista. Se definieron requisitos de entrada, de salida, el sistema de actuación y los siguientes indicadores de resultado: actividad de protocolo, adecuación de antibioterapia y de la corticoterapia e intensificación del tratamiento broncodilatador. En septiembre de 2014 fue aprobado por la Comisión de procesos, protocolos y vías clínicas del hospital. Se registraron los pacientes quirúrgicos con diagnóstico de EPOC atendidos por la UMH. Se analizaron los datos desde la implantación en noviembre de 2014 hasta abril de 2017. Las variables a estudio fueron: sexo, edad, procedencia, diagnósticos, gravedad de exacerbación, medidas terapéuticas y destino al alta. Para el análisis estadístico se utilizó el programa STATA IC 12.1.

Resultados: Durante el período estudiado se valoraron 88 pacientes quirúrgicos con diagnóstico de EPOC, edad media 78 ± 1años, 79,6% varones. El 89,8% procedía de CGD, 9,1% de Cirugía Maxilofacial y el 1,1% de Cirugía Torácica. El diagnóstico quirúrgico más frecuente fue el carcinoma colorrectal (42,5%). El 7,9% de los pacientes valorados fueron diagnosticados de EPOC durante el ingreso. El 21,6% de los diagnosticados previamente al ingreso utilizaba oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD). Hubo un total de 24 descompensaciones (28,4%), las cuales se clasificaron como: 8% muy graves, 20% graves, 24% moderadas y 48% leves. El 23,2% con EPOC sin OCD se reagudizaron frente al 47,4% que utilizaban OCD. Fueron incluidos 23 de los 24 descompensados (95,8%). En el 88% de los pacientes descompensados se intensificó el tratamiento broncodilatador, 3,5% recibieron ventilación mecánica e ingresaron en UCI el 7,95%. Se recogió muestra de cultivo de esputo en el 52% de los pacientes exacerbados y recibieron antibioterapia el 76% de ellos. Se cumplieron las recomendaciones de la antibioterapia según el protocolo en el 92% de pacientes agudizados. El 36% de los pacientes exacerbados recibió corticoterapia, cumpliendo las recomendaciones según el protocolo en el 84% de los casos agudizados. Del total de pacientes, 44% fueron dados de alta por mejoría, 36% continuaron el tratamiento en Hospitalización a Domicilio (HaD), 12% se trasladaron a otros servicios y el 8% fueron exitus.

Discusión: Nuestros resultados avalan la importancia del modelo de asistencia compartida del paciente EPOC ingresado en servicios quirúrgicos. El tratamiento multidisciplinar del paciente complejo consigue mejores resultados al reducir las complicaciones y optimizar los tratamientos del paciente agudo. En nuestro caso un tercio de los pacientes con EPOC sufrió una exacerbación durante el ingreso y el 96% se incluyó en protocolo. La implantación de protocolos multidisciplinares conlleva una mejoría en la calidad de la atención al adecuar el tratamiento, en este caso, broncodilatador, antibiótico y corticoideo. El uso de recursos como la HaD permite reducir la morbilidad derivada de la iatrogenia de la hospitalización.

Conclusiones: Nuestros resultados apoyan esta fórmula organizativa basada en el modelo hospitalista dirigida al paciente quirúrgico complejo con alto riesgo de complicaciones, así como la implementación de protocolos multidisciplinares durante el postoperatorio dirigidos a minimizar la morbilidad en este grupo de pacientes.

0014-2565 / © 2017, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.