



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia


Original

Resultados de morbimortalidad en cáncer colorrectal en paciente quirúrgico frágil. Implementación de un Área de Atención al Paciente Quirúrgico Complejo[☆]

Jordi Castellví Valls^{a,*}, Núria Borrell Brau^b, María José Bernat^c, Patricia Iglesias^c, Lluís Reig^d, Lluís Pascual^d, Marina Vendrell^c, Pilar Santos^c, Lorenzo Viso^e, Núria Farreres^e, Gonzalo Galofre^e, Carmen Deiros^c y Pedro Barrios^e

^a Área AAPQC, Hospital Sant Joan Despí Moisès Broggi, Sant Joan Despí, Barcelona, España

^b Gestoría clínica, Hospital Sant Joan Despí Moisès Broggi, Sant Joan Despí, Barcelona, España

^c Servicio de Anestesia y Reanimación, Hospital Sant Joan Despí Moisès Broggi, Sant Joan Despí, Barcelona, España

^d Servicio de Medicina Interna y Geriatría, Hospital Sant Joan Despí Moisès Broggi, Sant Joan Despí, Barcelona, España

^e Servicio de Cirugía General, Hospital Sant Joan Despí Moisès Broggi, Sant Joan Despí, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 5 de enero de 2017

Aceptado el 25 de septiembre de 2017

On-line el xxx

Palabras clave:

Paciente quirúrgico complejo

Asistencia integrada

Fragilidad paciente quirúrgico

Limitación del esfuerzo terapéutico

RESUMEN

Introducción: La edad avanzada y la presencia de comorbilidades repercuten en la morbimortalidad postoperatoria del paciente quirúrgico frágil. El objetivo de este estudio es valorar los resultados de morbimortalidad tras cirugía por cáncer colorrectal en el paciente quirúrgico frágil tras la implementación de un Área de Atención al paciente Quirúrgico Complejo (AAPQC).

Métodos: Estudio retrospectivo con recogida prospectiva de datos. Un total de 91 pacientes consecutivos considerados como frágiles (ASA IV o ASA III con Barthel < 80 i/o Pfeiffer > 3) fueron intervenidos entre 2013 y 2015 con diagnóstico de cáncer colorrectal con intención curativa. Grupo I (AAPQC): 35 pacientes incluidos en AAPQC durante 2015. Grupo II (No AAPQC): 56 pacientes intervenidos entre 2013 y 2014 previa implementación del AAPQC. Se analizó homogeneidad de grupos, complicaciones, estancia media, mortalidad, reintervenciones, reingresos y costes en función del GRD.

Resultados: No se encontraron diferencias significativas en edad, sexo, ASA, índice de masa corporal, estadio tumoral y tipo de intervención quirúrgica entre los dos grupos. Las complicaciones mayores (Clavien-Dindo III-IV) (11,4% vs. 28,5%, $p = 0,041$), la estancia media ($12,6 \pm 6$ días vs. $15,2 \pm 6$ días, $p = 0,043$), los reingresos (11,4% vs. 28,3%, $p = 0,041$) y el peso específico del episodio ($3,29 \pm 1$ vs $4,3 \pm 1$, $p = 0,008$) fueron significativamente menores en el grupo AAPQC. No hubo diferencias en re intervenciones (6,2% vs. 5,3%) ni mortalidad (6,2% vs 7,1%). El 96,9% de pacientes del grupo I manifestó una atención y calidad de vida satisfactoria.

[☆] Todos los autores del manuscrito forman parte activa y diaria del comité del AAPQC.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: jjjcastellvi@gmail.com, jordi.castellvivalls@sanitatintegral.org (J. Castellví Valls).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.09.015>

0009-739X/© 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Conclusiones: La implementación de una AAPQC en pacientes frágiles que deben ser intervenidos de cáncer colorrectal comporta una reducción de las complicaciones, estancia y reingresos, y es una medida coste-efectiva.

© 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Colorectal carcinoma in the frail surgical patient. Implementation of a Work Area focused on the Complex Surgical Patient improves postoperative outcome

A B S T R A C T

Keywords:

Complex surgical patient
Individualized care
Surgical patient fragility
Limitation of therapeutic effort

Introduction: Advanced age and comorbidity impact on post-operative morbi-mortality in the frail surgical patient. The aim of this study is to assess the impact of a comprehensive, multidisciplinary and individualized care delivered to the frail patient by implementation of a Work Area focused on the Complex Surgical Patient (CSPA).

Methods: Retrospective study with prospective data collection. Ninety one consecutive patients, classified as frail (ASA III or IV, Barthel < 80 and/or Pfeiffer > 3) underwent curative radical surgery for colorectal carcinoma between 2013 and 2015. Group I: 35 patients optimized by the CSPA during 2015. Group II: 56 No-CSPA patients, treated prior to CSPA implementation, during 2014-2015. Group homogeneity, complication rate, length of stay, reoperations, readmissions, costs and overall mortality were analyzed and adjusted by Diagnosis-Related Group (DRG).

Results: There were no statistically significant differences in term of age, gender, ASA classification, body mass index, tumor staging and type of surgical intervention between the two groups. Major complications (Clavien-Dindo III-IV) (12.5% vs. 28.5%, $P = .04$), hospital stay (12.6 ± 6 days vs. 15.2 ± 6 days, $P = 0.041$), readmissions (12.5% vs. 28.3%, $P < 0.041$), and patient episode cost weighted according to DRG (3.29 ± 1 vs. 4.3 ± 1 , $P = 0.008$) were statistically inferior in Group CSPA. There were no differences in reoperations (6.2% vs. 5.3%) or mortality (6.2% vs. 7.1%). 96.9% of patients of Group I manifested having received a satisfactory attention and quality of life.

Conclusions: Implementation of a CSPA, delivering surgical care to frail colorectal cancer patients, involves a reduction of complications, length of stay and readmissions, and is a cost-effective arrangement.

© 2017 AEC. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El aumento de la expectativa de vida conduce inexorablemente a una población cada vez más envejecida, y a su vez conlleva de forma concomitante un incremento de la comorbilidad. Ambos aspectos no contraindican por sí mismos la cirugía, pero repercuten enormemente en las complicaciones y en las decisiones que en muchas ocasiones pueden resultar complejas^{1,2}. En consecuencia, es imperativo desarrollar estrategias para asegurar una correcta calidad en la asistencia de los pacientes geriátricos quirúrgicos, no geriátricos con elevada comorbilidad y fragilidad asociada. Definimos fragilidad como la disminución de la reserva fisiológica de múltiples sistemas orgánicos y que comporta un riesgo aumentado de incapacidad y muerte a consecuencia de un estrés³⁻⁵.

Diversos estudios han demostrado los efectos de la edad avanzada, la comorbilidad y la fragilidad en la morbimortalidad, incluso a los 30 días, en el postoperatorio de pacientes

que deben ser intervenidos de cáncer⁶⁻¹². Esto conlleva habitualmente un incremento en la estancia hospitalaria, un consumo excesivo, desmesurado e inapropiado de recursos, y en ocasiones unos resultados indeseados o al menos cuestionables en calidad de vida e incluso en la supervivencia⁸⁻¹². En estas condiciones no es infrecuente que se asocie un deterioro progresivo de la relación médico-familiar, y finalmente nos cuestionamos si la decisión terapéutica inicialmente tomada ha sido la más adecuada. La detección previa de estos pacientes, para ofrecerles una atención individualizada en función del estado físico, mental y social y por un equipo multidisciplinar que asuma todo el proceso de forma integrada, podría mejorar los resultados. Proponemos un Área de Atención al Paciente Quirúrgico Complejo (AAPQC) que atienda todo el proceso y que gestione los recursos hasta el regreso del paciente a atención primaria. El objetivo del presente estudio es analizar si la gestión por AAPQC de los pacientes frágiles con cáncer colorrectal conllevaría una disminución de las complicaciones, reingresos y, consecuentemente, de los costes, y si facilitaría la toma de decisiones y

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8826354>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8826354>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)