



103 - RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE CORRESPONSABILIDAD EN PACIENTES EPOC EN UNIDADES QUIRÚRGICAS

D. Fernández de Velasco Pérez, C. Villamor Jiménez, M.A. Álvarez de Arcaya Vicente, E. Sánchez Pérez y J. Calleja Sanz

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Resumen

Objetivos: La complejidad creciente de los pacientes ingresados en unidades quirúrgicas (PIUQ) obliga a la búsqueda de un modelo de trabajo en equipo entre cirujanos e internistas. La Unidad de Medicina Hospitalaria (UMH) del Hospital Clínico San Carlos (HCSC) en colaboración con el servicio de Neumología definió un protocolo de actuación para la exacerbación de EPOC del PIUQ siguiendo las recomendaciones de las guías nacionales GESEPOC y SEPAR. El protocolo fue implementado el 1 de enero de 2018 en las unidades quirúrgicas colaboradoras. El objetivo del estudio fue analizar los eventos adversos respiratorios graves (EARG), la estancia y los reingresos antes y después de la implementación del modelo. El objetivo secundario fue analizar si aquellos PIUQ valorados durante las primeras 24 h de ingreso por un médico internista presentaban menos eventos adversos durante el ingreso.

Métodos: Se diseñó un estudio retrospectivo de cohortes que comparase aquellos PIUQ con diagnóstico de EPOC valorados durante su ingreso por la UMH entre el 1 de enero de 2016 y el 30 de octubre de 2019. Se compararon aquellos valorados antes y después de la implementación del protocolo analizando los EARG (presencia en el posoperatorio de acidosis respiratoria, la necesidad de ventilación mecánica, el traslado a UCI o el fallecimiento) en ambas cohortes. Para el análisis de nuestra hipótesis secundaria se recogieron las complicaciones durante el ingreso comparando aquellos valorados durante las primeras 24 h de ingreso frente a los que el médico internista fue avisado de forma más tardía.

Resultados: Se incluyeron 247 pacientes. En el período posimplementación del protocolo, se redujeron los eventos adversos respiratorios graves (EARG) (20,6% vs. 9,9%, $p < 0,05$). Los pacientes valorados en las primeras 24 horas del posoperatorio por el hospitalista tuvieron menor tasa de neumonías (5,8% vs. 13,6%, $p < 0,05$) y de infecciones de catéter vascular central (0% vs. 3,6% $p < 0,05$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad, la estancia ni los reingresos a 30 días. En las tablas se puede observar la comparación entre el resto de variables.

Complicaciones respiratorias y reingresos a 30 días relacionado con EPOC

Previo a protocolo % (n)	Posterior a protocolo % (n)	p	% total
-----------------------------	--------------------------------	---	---------

Ventilación mecánica	9,5 (12)	1,7 (2)	0,011	5,7
Acidosis respiratoria	11,9 (15)	5,8 (7)	0,11	8,9
Traslado a UCI	9,5 (5,8)	5,8 (7)	0,34	7,7
EARG	20,6 (26)	9,9 (12)	0,022	15,4
<i>Exitus</i>	5,6 (7)	2,5 (3)	0,33	4
Reingreso 30 días	15,1 (19)	14,9 (18)	0,99	15,0

Morbilidad y reingresos a 30 días según el tiempo de valoración

	Valoración < 24 h de cirugía % (n)	Valoración > 24 h de cirugía % (n)	p	% total
Neumonía	5,8 (8)	13,6 (15)	0,047	9,3
<i>Shock séptico</i>	4,4 (6)	4,5 (5)	0,99	4,5
TEP	2,2 (3)	0,9 (1)	0,61	1,6
Fracaso renal agudo	13,1 (18)	10,9 (12)	0,69	12,1
ICC descompensada	24,1 (33)	26,4 (29)	0,76	25,1
Infección de catéter	0,0 (0)	3,6 (4)	0,038	1,6
UCI	6,6 (9)	9,1 (10)	0,48	7,7
EARG	5,1 (7)	17,0 (19)	0,48	15,4
Reingreso 30 días	14,6 (20)	15,5 (17)	0,86	15,0
<i>Exitus</i>	5,1 (7)	2,7 (3)	0,51	4,0

Conclusiones: La atención integrada médico-quirúrgica coordinada por un hospitalista disminuye los EARG y las complicaciones médicas en pacientes diagnosticados de EPOC.