



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Editorial

Unidades funcionales para el manejo quirúrgico del paciente geriátrico



Multidisciplinary unit for the surgical management of geriatric patient

Es evidente que existe una expectativa de vida global creciente en el mundo occidental. Sin embargo, algunas enfermedades relacionadas con la edad están siendo paralelamente más prevalentes. En nuestra especialidad, ya es una realidad el aumento de nuevos casos de determinadas enfermedades tales como el cáncer colorrectal, la enfermedad biliar benigna, los trastornos funcionales digestivos y la enfermedad de la pared abdominal en este grupo de población. Todas estas enfermedades tienen en común que uno de los factores más importantes para su desarrollo, es simplemente la longevidad¹.

El número de artículos científicos publicados sobre tratamiento quirúrgico de pacientes octogenarios con cáncer colorrectal, ha aumentado significativamente en los últimos años^{2,3}, en este número de nuestra revista publican los autores García Cabrera et al.⁴, y nos muestran también un problema que acontece en la edad avanzada y con gran impacto en la calidad de vida de los pacientes afectos: la incontinencia fecal.

A pesar de la edad, la aptitud física general se considera el factor más relevante para la toma de decisiones clínicas en la población geriátrica. Es por ello que paralelamente a la mejoría en el tratamiento perioperatorio del paciente de edad avanzada, ha mejorado el del paciente denominado como frágil o con disminución de la reserva fisiológica de múltiples sistemas orgánicos. Consecuentemente para el manejo de cualquier enfermedad quirúrgica en pacientes geriátricos, hay que tener en cuenta algunas consideraciones especiales, lo que justifica la creación de programas específicos o unidades funcionales dirigidas al manejo de estos pacientes.

En el año 2010 se realizó una encuesta en la mayoría de hospitales en el Reino Unido, que mostró que solo en un tercio de los mismos disponían de servicios de soporte médicos para pacientes quirúrgicos de edad avanzada o frágiles y además, que si estos existían, tendían a proporcionar cuidados en el período postoperatorio de forma reactiva a la aparición de problemas médicos más que de una manera proactiva en todo el proceso asistencial. Este hallazgo fue confirmado posteriormente en el primer informe de la Auditoría Nacional de

Laparotomía de Emergencia (NELA) en el mismo país⁵. Por todo ello y desde entonces se inició el programa *Proactive care of older people undergoing surgery* (POPS)⁶ con los siguientes objetivos: a) Mejorar el conocimiento de los problemas relacionados con la atención perioperatoria para personas de edad avanzada o frágiles sometidas a cirugía electiva y de urgencia; b) Proporcionar un foro para la educación y capacitación en medicina perioperatoria geriátrica para médicos y profesionales de la salud; c) Facilitar la diseminación nacional de modelos efectivos de prestación de servicios y trabajar hacia la estandarización de la atención clínica para pacientes quirúrgicos de edad avanzada; d) Facilitar la colaboración entre todas las partes interesadas que participan en la atención de estos pacientes quirúrgicos (a través de las especialidades de geriatría, anestesiología, especialidades quirúrgicas, entre otros) y, finalmente e) Promover la investigación colaborativa entre unidades, disciplinas y especialidades con el objetivo de mejorar los resultados para pacientes quirúrgicos de edad avanzada.

En EE.UU. el *American College of Surgeons* ha impulsado el proyecto *The Coalition for Quality in Geriatric Surgery Project*⁷. En este proyecto y en colaboración con más de 50 organizaciones interesadas se proponen establecer los estándares, desarrollar las medidas o acciones relevantes, educar a proveedores y pacientes, y de manera muy relevante crear conciencia sobre las necesidades quirúrgicas de la población geriátrica en todos los hospitales del país a través de este programa. Esta iniciativa, cuyo lanzamiento está previsto para 2019, utilizará los 4 principios de la mejora continua de la calidad: establecer estándares, definir la infraestructura adecuada, recopilar datos rigurosos y verificar posteriormente el resultado de las acciones implementadas. No hay duda que se espera que el programa no solo mejore la atención perioperatoria geriátrica sino todo el ciclo completo del proceso quirúrgico (desde el diagnóstico al seguimiento posquirúrgico).

En nuestro país, parece que no hemos desarrollado todavía iniciativas similares a excepción del modelo de éxito implementado en los servicios de traumatología donde la necesidad

ha sido clave en la creación de las denominadas unidades de ortogeriatría⁸.

Nuestro servicio fue pionero en nuestro país, creando la unidad funcional de cirugía geriátrica el año 2010. Con este manejo multidisciplinar pudimos observar que no solo la supervivencia fue comparable a los estándares publicados, sino que la calidad de vida en pacientes mayores de 80 años afectados de cáncer colorrectal intervenidos quirúrgicamente, fue comparable a un grupo control de pacientes más jóvenes⁹.

Estos programas se basan en primer lugar en detectar qué pacientes precisarán esta especial atención, evaluando no solo la edad sino también la denominada *reserva fisiológica* o *estado funcional*, y el grado de autonomía de los pacientes. Para ello se usan distintas escalas de evaluación clínica además de las ya clásicas de comorbilidades como el ASA o el índice de Charlson. Las escalas de Karnofsky¹⁰, Barthel¹¹ o más recientemente la Edmonton Frail Scale¹² por ejemplo, se han convertido en herramientas muy útiles en la detección de estos pacientes. Posteriormente un grupo multidisciplinar de profesionales se reúne para discutir los casos más complejos y para diseñar cual debería ser la mejor trayectoria clínica asistencial, incluida la realización de las pruebas diagnósticas, el acto perioperatorio, el soporte médico y social al alta del paciente y el seguimiento más adecuado en atención primaria. En definitiva, adecuar la agresión del manejo o tratamiento quirúrgico a la capacidad de respuesta del paciente.

Los autores Castellví Valls et al.¹³ en el presente número de nuestra revista, presentan su relevante experiencia en el manejo de pacientes frágiles con cáncer colorrectal, y la utilidad de aplicar un programa especial para optimizar el cuidado perioperatorio de estos pacientes. El grupo demuestra con este cambio asistencial, una mejoría no solo en los resultados clínicos, sino que de manera original, aportan datos económicos que permiten afirmar que se produce también un mejor aprovechamiento de los recursos económicos dirigidos al tratamiento de estos pacientes. En el contexto previo puede que sea un momento oportuno para ser proactivos y crear en todos nuestros hospitales un grupo multidisciplinar dedicado al cuidado de estos pacientes con enfermedad quirúrgica para alargar la vida y sobre todo para mejorar la calidad de la misma.

BIBLIOGRAFÍA

- Audisio RA. Tailoring surgery to elderly patients with cancer. *Br J Surg*. 2016;103:e10-1 [citada 23 Mar 2017] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26679284>
- Kazama K, Aoyama T, Hayashi T, Yamada T, Numata M, Amano S, et al. Evaluation of short-term outcomes of laparoscopic-assisted surgery for colorectal cancer in elderly patients aged over 75 years old: A multi-institutional study (YSURG1401). *BMC Surg*. 2017;17:29 [citada 23 Mar 2017] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28327119>
- Shen C, Dasari A, Chu Y, Halperin DM, Zhou S, Xu Y, et al. Clinical, pathological, and demographic factors associated with development of recurrences after surgical resection in elderly patients with neuroendocrine tumors. *Ann Oncol*. 2017;28:1582-9 [citada 7 Ago 2017] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28444105>
- García Cabrera AM, Jiménez Rodríguez RM, Reyes Díaz ML, Vázquez Monchul JM, Ramos Fernández M, Díaz Pavón JM, et al. Incontinencia fecal en el anciano. Revisión de conjunto. *Cir Esp*. 2018;96:131-7.
- Parmar KL, Pearce L, Farrell I, Hewitt J, Moug S. Influence of frailty in older patients undergoing emergency laparotomy: A UK-based observational study. *BMJ Open*. 2017;7:e017928 [citada 21 Ene 2018] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28988184>
- Partridge J, Sbai M, Dhisi J. Proactive care of older people undergoing surgery. *Aging Clin Exp Res*. 2018 [citada 8 Ene 2018] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29302797>
- Bentrem DJ, Cohen ME, Hynes DM, Ko CY, Bilimoria KY. Identification of specific quality improvement opportunities for the elderly undergoing gastrointestinal surgery. *Arch Surg*. 2009;144:1013-20 [citada 17 Oct 2017] Disponible en: <http://archsurg.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archsurg.2009.114>
- Ramírez-Martín R. Comprehensive geriatric assessment for identifying older people at risk of hip fracture: Cross-sectional study with comparative group. *Fam Pr*. 2017;34:679-84.
- Jimenez I. Cirugía geriátrica en cáncer de colon: Supervivencia y calidad de vida. 2016. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Terret C, Albrand G, Moncenix G, Droz JP. Karnofsky Performance Scale (KPS) or Physical Performance Test (PPT)? That is the question. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2011;77:142-7 [citada 7 Ago 2017] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20185330>
- Wade DT, Collin C. The Barthel ADL Index: A standard measure of physical disability? *Int Disabil Stud*. 1988;10:64-7 [citada 7 Ago 2017] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3042746>
- Meyers BM, Al-Shamsi HO, Rask S, Yelamanchili R, Phillips CM, Papaioannou A, et al. Utility of the Edmonton Frail Scale in identifying frail elderly patients during treatment of colorectal cancer. *J Gastrointest Oncol*. 2017;8:32-8 [citada 21 Mar 2017] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28280606>
- Castellví Valls J, Borrell Brau N, Bernat MJ, Iglesias P, Reig L, Pascual L, et al. Resultados de morbilidad y mortalidad en cáncer colorrectal en paciente quirúrgico frágil. Implementación de un Área de Atención al Paciente Quirúrgico Complejo. *Cir Esp*. 2017. pii: S0009-739X(17)30235-X, [citada 25 Dic 2017] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29233580>

David Parés* y Jaume Fernandez-Llamazares
Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Germans Trias
i Pujol, Universitat Autònoma de Barcelona, Badalona, Barcelona,
España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dapares@gmail.com (D. Parés).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2018.02.009>
0009-739X/

© 2018 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.