



O-005 - PROYECTO CIRUGERES: ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL SOBRE LOS RESULTADOS CLÍNICOS DE LA CIRUGÍA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO EN ESPAÑA (ESTUDIO SNAPSHOT). ¿LO ESTAMOS HACIENDO BIEN?

Ruiz Marín, Miguel¹; Parés Martínez, David²; Soria Aledo, Victoriano³; Romero Simó, Manuel⁴; de la Plaza Llamas, Roberto⁵; Cabezali Sánchez, Roger⁶; Martínez-Nicolás, Ismael⁷; Working Group CiruGerES

¹Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia; ²Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona; ³Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia; ⁴Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante, Alicante; ⁵Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara; ⁶Fundación Hospital Calahorra, Calahorra; ⁷SENSAR. IDEhA Simulation Centre, Fundación Alcorcón University Hospital, Alcorcón.

Resumen

Objetivos: El aumento de la esperanza de vida de las sociedades occidentales se refleja en la población sometida en la actualidad a procedimientos quirúrgicos. La detección de la fragilidad a través de distintas herramientas ofrece información relevante que puede influir en la evolución posoperatoria y modificar su manejo. El objetivo del estudio CiruGerES es determinar la prevalencia de pacientes quirúrgicos frágiles, la incidencia de complicaciones comparados con los no frágiles, analizar la capacidad predictiva de las escalas y su correlación y el riesgo de complicaciones.

Métodos: Estudio observacional prospectivo, multicéntrico *snapshot*, incluyendo pacientes > 70 años sometidos a cirugía durante 3 meses. Se incluyeron variables administrativas, sociodemográficas, clínico-quirúrgicas, escalas de fragilidad, y valoración del riesgo quirúrgico complicaciones posoperatorias.

Resultados: En el estudio participaron 32 hospitales públicos, incluyéndose 2079 pacientes, mediana de edad 78,43 años (RIQ 74-82), mujeres 58,8%. El índice de comorbilidad de Charlson (ICC) fue 5,9 (RIQ 4-7), siendo más frecuentes neoplasias 34,7%, diabetes 29%, otras patologías metabólicas 27,8%. El IMC medio fue de 27,3 (RIQ 24,2-29,8). El tratamiento crónico más frecuente fueron antihipertensivos (71,5%), antidiabéticos orales (24,7%) y los antiagregantes (24,2%). Las áreas más frecuentes fueron coloproctología (33,9%), hepatobiliodigestiva (25,5%) y pared abdominal (19%), acumulando cerca del 80% del total. La cirugía fue programada en 1294 (62,2%) de los pacientes, mediante CMI en 832 (40%) y oncológica en 641 (30,8%). La intención de la cirugía fue curativa en el 27,5% siendo R0 el 26,9%. En relación a las escalas para la detección de la fragilidad, la escala PRISMA-7 identificó a 843 pacientes (40,55%), mientras que la Escala de Fragilidad Clínica (EFC) a 1236 (59,45%). El ASA ≥ 3 fue 1171 (56,3). La mayor correlación entre escalas se obtuvo entre las escalas PRISMA y EFC. La predicción de la calculadora del riesgo quirúrgico de cualquier complicación o al menos una complicación mayor fue de 703 (33,8%) y 297 (14,3%) respectivamente. En relación a las complicaciones, 703 pacientes (33,8%) presentaron complicaciones, siendo ≥ III C-D 12,5%. El CCI obtenido fue de 33,84 (RIQ 20,9-39,7). La mortalidad intrahospitalaria fue de 5,5% y a los 30 días de la cirugía inicial de 3,75%. La mediana de estancia hospitalaria posquirúrgica fue 4 días (RIQ 2-9). Reingresaron 114 pacientes (5,48%) por alguna complicación, con una estancia mediana de 7,5 días (RIQ 4-13). Comparando pacientes frágiles y no frágiles, se encontraron diferencias

estadísticamente significativas relacionadas con la fragilidad para ambas escalas en ICC, consumo fármacos, complicaciones, CCI, mortalidad y estancia, entre otras. Analizando la capacidad predictiva para la mortalidad de las escalas utilizadas, la CFS ofrece los mejores resultados con un área bajo curva de 0,745 (0,72-0,76).

Conclusiones: Los pacientes de edad avanzada y con más comorbilidades se asocian con el desarrollo de complicaciones y su manejo exige una atención especializada. La identificación de la fragilidad en la práctica clínica actual en nuestro medio, que puede llegar al 60% según la escala usada, debería ser llevada a cabo de forma sistemática para ofrecer una mejor asistencia sanitaria por el elevado riesgo de morbimortalidad.