



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## O-144 - CAPACIDAD PREDICTIVA DE MORTALIDAD DE DIFERENTES SCORES CON Y SIN INFORMACIÓN PERIOPERATORIA TRAS CIRUGÍA URGENTE O EMERGENTE EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS

Aranda Narváez, José Manuel; Pulido Roa, Ysabel; Titos García, Alberto; González Sánchez, Antonio Jesús; Cabrera Serna, Isaac; Pitarch Martínez, María; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

### Resumen

**Introducción:** Evaluar la operabilidad del denominado paciente frágil constituye motivo de controversia. En el contexto actual, contar además de con la percepción clínica con algún modelo objetivo resulta especialmente útil. De los scores más empleados, algunos precisan de información perioperatoria para su cálculo (escalas Physiologic and Operative Severity Score for the Enumeration of Mortality and Morbidity -POSSUM- y su variante de Portsmouth -P-POSSUM-) y otras no, conservando su capacidad predictiva a pesar de su sencillez (Score de Donati, Biochemistry and Haematology Outcome Model -BHOM-, Surgical Risk Scale -SRS-). Presentamos un estudio para evaluar la capacidad predictora de estas escalas en un colectivo de máxima potencialidad de mortalidad postoperatoria.

**Métodos:** Estudio observacional analítico desarrollado sobre el grupo de pacientes > 65 años, intervenidos con carácter urgente o emergente en un hospital universitario de referencia (tercer nivel) por el Servicio de Cirugía General, Digestiva y Trasplante, durante un periodo de 4 años (enero 2012-diciembre 2015) (N = 735). Variables predictoras: escalas POSSUM de mortalidad, P-POSSUM, score de Donati, BHOM y SRS. Variable resultado: mortalidad postoperatoria. Análisis estadístico: software SPSS y Epidat 3,1. 1) Regresión logística binaria con cada una de las escalas como predictor; 2) Calibración mediante test de bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow (H-L, buena calibración si test n.s.); 3) Discriminación mediante curva Receiver Operating Characteristic (ROC) y área bajo la curva (AUC). 4) Comparación de curvas ROC y AUC mediante  $\chi^2$  de homogeneidad de áreas. Se aceptaron como de relevancia estadística niveles de significación  $p < 0,05$  y para todos los parámetros se definió su intervalo de confianza al 95%.

**Resultados:** Muestra de 735 pacientes con edad mediana de 73 años (65-97), con 36,5% de ASAII y 54,7% de ASAIII. Se contempló una gran variedad de indicaciones y procedimientos, con un 53,9% de intervenciones clasificadas como maior plus de la British United Provident Association (BUPA), todos ellos con carácter urgente (cirugía necesaria en 24-48 horas, 61,5%) o emergente (cirugía necesaria con carácter inmediato, 38,5%). Mortalidad: 115 pacientes (15,6%). Los resultados se desarrollan en la tabla. A pesar de que la máxima capacidad discriminativa se asocia a las escalas POSSUM y PPOSSUM, éstas son las únicas con una calibración deficiente que habla de una potencial sobre (POSSUM) o infraestimación (PPOSSUM). La comparación entre las AUC de las

distintas escalas no resultó significativa al comparar entre sí aquellas sin (Donati, BHOM, SRS) o con información perioperatoria (POSSUM y PPOSSUM), pero sí al compararlas entre ambos grupos.

	Calibración (H-L)	Regresión logística		Curva ROC	
		P	OR (IC95%)	P	AUC (IC95%)
Donati	ns	< 0,00	1,08 (1,06-1,1)	< 0,00	0,75 (0,70-0,80)
BHOM	ns	< 0,00	1,05 (1,04-1,07)	< 0,00	0,73 (0,68-0,78)
SRS	ns	< 0,00	1,07 (1,05-1,09)	< 0,00	0,75 (0,70-0,80)
POSSUM	< 0,04	< 0,00	1,05 (1,04-1,06)	< 0,00	0,85 (0,81-0,88)
PPOSSUM	< 0,00	< 0,00	1,05 (1,04-1,06)	< 0,00	0,83 (0,81-0,88)

**Conclusiones:** Las escalas sin necesidad de inclusión de información perioperatoria presentan buenos parámetros de calibración y discriminación. La máxima capacidad discriminativa se encuentra en los scores que incluyen información perioperatoria, pero su interpretación debe hacerse con cautela por el potencial riesgo de sobre o infraestimar.