



I-025 - BAJA SENSIBILIDAD DEL Q-SOFA EN PACIENTES SÉPTICOS

P.Á. de Santos Castro, H.K. Silvagni Gutiérrez, S. Gutiérrez González, E. Tapia Moral, I. Usategui Martín, G. Zapico Aldea y L. Rodríguez Fernández

Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Resumen

Objetivos: Existen estudios que observan que el qSOFA tiene peor sensibilidad para predecir pacientes de riesgo que otras escalas^{1,2}. Este estudio trata de valorar la sensibilidad para predecir sepsis, definido como SOFA ≥ 2 , y mortalidad en el ingreso de qSOFA y compararla con otros 2 índices propuestos - tomar como punto de corte un valor de qSOFA ≥ 1 ², o añadir como positivos los qSOFA = 1 con lactato ≥ 2 mmol/l (qSOFA-lactato)³.

Métodos: Estudio retrospectivo de revisión de la historia clínica de los pacientes ingresados por infección en el Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital, procedentes de Urgencias, entre mayo y agosto de 2018.

Resultados: Hemos estudiado a 156 pacientes con sepsis, con una edad mediana de 84 (76,2; 89) años, siendo el 60,9% (95) varones. Como se observa en la tabla, el qSOFA, como predictor de sepsis y de mortalidad durante el ingreso, mostró baja sensibilidad, elevada especificidad, y un área bajo la curva (ABC) modesto. Mejora la sensibilidad, a costa de disminuir la especificidad, en cualquiera de las 2 estrategias alternativas propuestas. El ABC de estas dos estrategias mejora para predecir sepsis, pero no para predecir mortalidad.

Capacidad de los distintos índices para predecir sepsis y mortalidad durante el ingreso

	Índice	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	ABC (IC95%)	p
Predecir sepsis	q-SOFA ≥ 2	31,1	97,2	0,642 (0,566-0,718)	0,001
	q-SOFA ≥ 1	83,6	60,4	0,720 (0,628-0,812)	0,000
	q-SOFA lactato	65,1	91,2	0,782 (0,689-0,874)	0,000
Predecir mortalidad	q-SOFA ≥ 2	48,0	83,9	0,660 (0,534-0,785)	0,010
	q-SOFA ≥ 1	80,0	60,2	0,558 (0,441-0,676)	ns
	q-SOFA lactato	68,4	60,2	0,643 (0,507-0,780)	ns

Conclusiones: Hemos observado, como apuntan otros estudios, que el qSOFA presenta una baja sensibilidad para predecir sepsis y mortalidad en nuestra muestra, caracterizada por una elevada edad y comorbilidad (el comportamiento en otros grupos poblacionales puede ser distinto). Disminuir el punto de corte de qSOFA a 1 punto o asociarlo a la determinación de lactato pueden ser estrategias que mejoren su fiabilidad, aunque se precisan estudios que confirmen estos resultados.

Bibliografía

1. Haydar, et al. Comparison of QSOFA score and SIRS criteria as screening mechanisms for emergency department sepsis. *Am J Emerg Med.* 2017;35:1730-33.
2. Churpek, et al. Quick Sepsis-related Organ Failure Assessment, Systemic Inflammatory Response Syndrome, and Early Warning Scores for detecting clinical deterioration in infected patients outside the Intensive Care Unit. *Am J Resp Crit Care Med.* 2017;7:906-11.
3. Seymour CW, et al. Assessment of clinical criteria for Sepsis: For The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA.* 2016;315 (8):762-74.