



160 - EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE UN CONJUNTO DE CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PACIENTES NEUROQUIRÚRGICOS PARA SU INCLUSIÓN EN ASISTENCIA COMPARTIDA

Álvaro Marchán López¹, Ana García Reyne¹, Carlos Lumbreras Bermejo^{1,2} y Alfonso Lagares Gómez-Abascal^{1,2}

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España. ²Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: Determinar si la selección de pacientes neuroquirúrgicos mediante un conjunto de criterios de inclusión en Asistencia Compartida (AC) es eficaz y segura.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo entre julio y diciembre de 2019. Los criterios propuestos para su evaluación fueron: edad mayor de 65 años, una lista predefinida de comorbilidades (tabla), ingreso desde Urgencias o UCI, o más de dos ingresos no programados en el último año. Los pacientes con dichos criterios y los que no los cumplían pero desarrollaron complicaciones fueron valorados en AC prospectivamente. Se valoró la aparición de complicaciones médicas de gravedad moderada o superior según la escala Accordion¹ y la mortalidad intrahospitalaria. Se determinó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) y capacidad global de discriminación medida como área bajo la curva ROC de dichos criterios.

Resultados: durante el estudio ingresaron en Neurocirugía 475 pacientes, de los cuales 184 (38,7%) cumplieron los criterios de inclusión y 291 (61,3%) no. La incidencia de complicaciones moderadas o graves fue del 55,4% (102 pacientes) en aquellos con criterios contra el 1,7% (5 pacientes) en aquellos sin (OR 71,1. $p < 0,001$). La mortalidad fue del 1,6% y el 0% respectivamente (OR 11,2, $p = 0,112$). La sensibilidad, especificidad, VPP y VPN con sus intervalos de confianza al 95% fueron, respectivamente, 95,3% (89,4-98,5%), 77,7% (73,1-81,9%), 55,4% (47,9-62,8%), y 98,3% (96,0-99,3%) para las complicaciones moderadas o graves, y del 100% (29,2-100%), 61,6% (57,1-66,1%), 1,6% (0,3-.7%), y 100,00% (98,7-100,0%) para la mortalidad hospitalaria. El área bajo la curva ROC fue de 0,8652 (IC95% 0,8360-0,8945) para complicaciones moderadas o graves y de 0,8083 (IC95% 0,7863-0,8302) para *exitus*. En términos bayesianos, cumplir los criterios de inclusión propuestos multiplicó por 4,3 (razón de verosimilitud positiva) el riesgo basal de desarrollar una complicación moderada o grave.

Indicaciones de inclusión en el programa y número de pacientes que los cumplían

Indicación	n (%)
Edad > 65 años	90 (18,9)
Ingreso desde UCI	61 (12,8)
Ingresos desde Urgencias	51 (10,7)

Fibrilación auricular	18 (3,8)
Pacientes oncológicos	17 (3,6)
Diabetes en tratamiento con insulina	15 (3,2)
Ictus/AIT previo	12 (2,5)
Cardiopatía isquémica	11 (2,3)
> 2 ingresos urgentes en 12 meses	8 (1,7)
Neumopatía crónica	6 (1,3)
Pacientes inmunosuprimidos	4 (0,8)
Insuficiencia cardíaca	3 (0,6)
ERC (Cr > 1,5 mg/dL)	2 (0,4)
Tromboembolismo previo	2 (0,4)
Hepatopatía (Child B o superior)	1 (0,2)
Infección por VIH	1 (0,1)
Ningún criterio	291 (61,3%)

Discusión: El debate sobre si todos los pacientes ingresados en un servicio quirúrgico o solo algunos deben ser valorados por los programas de AC es antiguo, existiendo opiniones a favor² y en contra³. Hasta la fecha no se han propuesto ni evaluado criterios para seleccionar pacientes los pacientes con mayor beneficio de la AC en Neurocirugía. Presentamos un conjunto sencillo con elevada sensibilidad y especificidad, con mejor desempeño que otros más complejos⁴.

Conclusiones: un conjunto de criterios incluyendo edad, comorbilidades e ingreso no programado permitió detectar al 95% de los pacientes con complicaciones y el 100% de los que fallecieron, valorando únicamente al 38,7% de los ingresados.

Bibliografía

1. Strasberg SM, Linehan DC, Hawkins WG. The accordion severity grading system of surgical complications. *Ann Surg.* 2009;250(2):177-86.
2. Montero Ruiz E, Rubal Bran D; por el Grupo de Trabajo de Asistencia Compartida e Interconsultas de la Sociedad Española de Medicina Interna. Which surgical patients require shared care? *Rev Clin Esp.* 2020 Jun 10:S0014-2565(20)30136-3.
3. Siegal EM. Just because you can, doesn't mean that you should: A call for the rational application of hospitalist comanagement. *J Hosp Med.* 2008;3(5):398-402.
4. Horta AB, Salgado C, Fernandes M, *et al.* Clinical decision support tool for Co-management signalling. *Int J Med Inform.* 2018;113:56-62.