



# Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

## V-89. - APLICACIÓN DE ESCALAS DE RIESGO DE MORTALIDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO LIDERADA POR INTERNISTAS

D. Martínez-Urbistondo<sup>1</sup>, F. Alegre<sup>1</sup>, M. Landecho<sup>1</sup>, A. Huerta<sup>1</sup>, A. García-Mouriz<sup>2</sup>, N. García<sup>1</sup>, J. Quiroga<sup>1</sup>, F. Lucena<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Informática. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra).

### Resumen

**Objetivos:** Se han descrito extensamente las escalas pronósticas y su utilidad en pacientes ingresados en UCI, sin embargo la información sobre su aplicación en Unidades de Cuidado Intermedio (UCiM), es insuficiente. En los últimos años, el desarrollo de estas unidades para el tratamiento de pacientes de edad avanzada, pacientes oncológicos o que no son subsidiarios de ingreso en UCI pero que requieren un control más estricto que los de la planta convencional, han supuesto una herramienta adicional como modelo asistencial. En este estudio se describe y analiza la aplicación de dos de estas escalas (SAPS II y SAPS3) y sus resultados en una UCiM liderada por internistas.

**Métodos:** Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo en que se incluyeron los pacientes ingresados en la UCiM en nuestro centro desde abril de 2006 hasta abril de 2012. Se calculó SAPS II y 3 de todos estos pacientes, obteniendo las variables necesarias al ingreso. Para el estudio de la discriminación, se utilizó el área bajo la curva (AUROC) y para la calibración el test de bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow. También se calcularon standard mortality ratios (SMR) para ambos modelos.

**Resultados:** Durante el tiempo de recogida de datos descrito, 938 pacientes ingresaron en el área. 331 fueron excluidos: 66 porque fueron ingresados para tratamientos bajo monitorización, 170 reingresos y 95 por falta de datos. Se incluyeron 607 pacientes en el estudio. La media de edad fue de 67 años. La mortalidad intrahospitalaria observada fue del 20,3%, con un SMR de 0,89 para SAPS II y de 0,56 para SAPS 3. En los análisis de la discriminación, se obtuvo un AUROC de 0,76 (IC95% 0,71-0,80) para SAPS II y 0,75 (IC95% 0,71-0,80) para SAPS 3. Las curvas de calibración resultaron significativas ( $p > 0,05$ ) en ambos casos según el test de Hosmer-Lemeshow (SAPS II  $\chi^2 = 12,9$ ,  $p 0,113$ ; SAPS 3  $\chi^2 = 4,87$ ,  $p 0,675$ ).

**Discusión:** La capacidad de discriminación de estas escalas es buena según los resultados del AUROC. Por otra parte existe una sobrestimación de la mortalidad basada en el SMR, principalmente al utilizar el SAPS3 en esta cohorte. Este resultado es muy llamativo, porque a pesar de ser la versión nueva y modificada del SAPS II, es posible que al aplicarla en una población diferente a la de la UCI (diferencias en el case mix) y al incluir un número mucho mayor de variables (factor de sobre-ajuste), produzca una sobrevaloración de la mortalidad respecto a su versión anterior. Sin embargo la calibración de las escalas en nuestra población es muy similar sin diferencias estadísticamente significativas basadas en el test de bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow.

**Conclusiones:** La utilización del SAPS II como escala pronóstica en una UCiM es superior que el SAPS 3, en términos de SMR, aunque las dos escalas presentan una discriminación y calibración similar. Son necesarios

estudios prospectivos multicéntricos que ayuden a determinar o a diseñar la mejor escala de mortalidad para este grupo especial de pacientes.