



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

V-212. - FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

P. Doti¹, S. Fernández², E. Coloma¹, O. Escoda¹, I. Rodríguez-Pintó¹, P. Castro², G. Espinosa¹, J. Nicolás²

¹Servicio de Enfermedades Autoinmunes, ²Área de Vigilancia Intensiva. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

Resumen

Objetivos: Identificar los factores pronósticos de mortalidad de los pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) ingresados en una unidad de cuidados intensivos (UCI).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes con EAS ingresados en una UCI médica de un hospital de tercer nivel entre enero de 1999 y diciembre de 2012. Se incluyeron aquellos pacientes con diagnóstico de EAS según los criterios reconocidos, realizado antes o durante el ingreso en la UCI. Se excluyeron los pacientes con enfermedad irreversible a corto plazo y aquellos con una estancia en UCI inferior a 48 horas. Se recogieron el motivo de ingreso en la UCI, características clínicas, la evolución y el tratamiento inmunosupresor recibido antes de su ingreso. Los factores pronósticos de mortalidad se identificaron a través de un análisis de regresión logística.

Resultados: Se analizaron datos de 75 ingresos en UCI correspondientes a 70 pacientes (48 [68,6%] mujeres) con una edad media (DE) de 54 años (19,3). Cinco pacientes fueron ingresados dos veces. Veintitrés (30,7%) pacientes presentaban lupus eritematoso sistémico (LES) (SLE Disease Activity Index [SLEDAI] medio al ingreso en UCI de 8,2 (5,6) [rango 0-20]); 23 (30,7%) una vasculitis sistémica (Birmingham Vasculitis Activity Score [BVAS] medio de 14,5 (9,3) [rango 0-33]); 7 (9,3%) esclerosis sistémica, 7 (9,3%) dermatomiositis y 5 (6,7%) síndrome de Sjögren. Los motivos de ingreso en UCI fueron: infección en 26 (34,7%), seguida de un brote de la enfermedad autoinmune en 17 (22,7%). Otras complicaciones relacionadas o no con la EAS estuvieron presentes en 26 (34,7%) pacientes. El Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE II) medio al ingreso fue de 16,5 (6,5) (rango 5-31). Al final del seguimiento, 29 (41,4%) pacientes habían fallecido, 10 de ellos (14,2%) durante la estancia en UCI, 7 (10%) durante la hospitalización y 12 (17,1%) después del alta hospitalaria. El fracaso multiorgánico (insuficiencia respiratoria [p = 0,032], insuficiencia renal [p = 0,017]), y la necesidad de terapia de sustitución renal [p = 0,007] fueron factores de riesgo asociados a una mayor mortalidad. Además, la terapia con corticoides [p = 0,005], la necesidad de tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas [p = 0,005] durante la estancia en la UCI y el uso de ciclofosfamida en los seis meses anteriores [p = 0,016] al ingreso en la UCI, también fueron factores asociados a una mayor mortalidad.

Discusión: Las EAS presentan una alta morbi-mortalidad relacionada tanto con su propia actividad como con las complicaciones por la necesidad de tratamiento inmunosupresor. Si bien es un escenario poco frecuente, el ingreso en UCI de pacientes con EAS se relaciona con una alta mortalidad. Por tanto, es necesaria la identificación de factores pronósticos para mejorar la evolución a largo plazo y calidad de vida de estos

pacientes.

Conclusiones: Las EAS más prevalentes en una UCI médica fueron las vasculitis sistémicas y el LES, siendo las infecciones la razón principal del ingreso. La presencia de insuficiencia respiratoria y renal, la necesidad de terapia de sustitución renal, la necesidad de corticoides o inmunoglobulinas intravenosas durante la estancia en la UCI y el uso de ciclofosfamida antes de la admisión fueron factores asociados con un mayor riesgo de mortalidad.