



## V-102. - UTILIZACIÓN DEL SAPS II Y SAPS 3 COMO MODELOS DE PREDICCIÓN DE ÉXITO EN VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA DE UNA UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO

D. Martínez-Urbistondo, F. Carmona-Torre, A. Huerta, F. Alegre, M. Landecho, J. Quiroga, N. García, F. Lucena

Servicio de Medicina Interna. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra).

### Resumen

**Objetivos:** El éxito de la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) como herramienta para el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda ha sido motivo de estudio y ampliación de sus indicaciones en los últimos años. Diferentes factores se han descrito como marcadores potenciales de éxito, entre los que se incluyen las escalas pronósticas de supervivencia. En este estudio describimos la utilización y aplicación de SAPS II y su nueva versión, el SAPS 3 en los pacientes sometidos a ventilación mecánica no invasiva en una unidad de cuidado intermedio (UCiM) liderada por internistas.

**Métodos:** Se estudiaron de forma prospectiva los pacientes sometidos a VMNI en el periodo comprendido entre el 2006 y 2012 en nuestra UCiM. En el análisis se incluyeron todas las variables necesarias para el cálculo del SAPS II y SAPS3 y la indicación de la VMNI. Se consideró fracaso de la ventilación cuando los pacientes requirieron ser trasladados a la UCI por indicación de intubación o en pacientes que fallecieron sin intubar por no tener maniobras de reanimación. El estudio estadístico incluyó una regresión logística, la determinación de la AUROC para cada modelo y un estudio de calibración de las escalas con el test de Hosmer-Lemeshow.

**Resultados:** Las causas de la insuficiencia respiratoria de los 192 pacientes correspondientes a la población analizada fueron: Reagudización de EPOC (17,6%), edema agudo de pulmón (9,4%), insuficiencia respiratoria por lesión pulmonar aguda (66,7%) y enfermedades neuromusculares (7,3%). El éxito global de la ventilación mecánica no invasiva fue del 63,5%. 24 pacientes fueron trasladados a UCI para intubación y 46 pacientes murieron. Se realizó una regresión logística con el éxito o fracaso de la ventilación como variable independiente y ajustados por pH, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> al ingreso y motivo de admisión en la unidad para cada escala pronóstica. Los resultados del mismo fueron para SAPS II una p = 0,007 y para SAPS 3 una p = 0,015. Respecto de la discriminación, los resultados de AUROC fueron 0.654 para SAPS II y 0.662 para SAPS 3. La calibración fue para SAPS II  $\chi^2 = 4,195$ , p = 0,839 y para SAPS 3  $\chi^2 = 7,39$ , p = 0,49 según el test de Hosmer-Lemeshow de bondad de ajuste.

**Conclusiones:** Los scores SAPS II y SAPS 3 son predictores independientes y estadísticamente significativos de éxito en pacientes sometidos a VMNI e ingresados en una UCiM. A pesar de ello, presentan un problema de discriminación, que puede estar en relación con no haber sido

específicamente diseñados para este propósito. Sorprendentemente, en nuestra cohorte de pacientes, la versión más antigua del modelo demostró una mejor calibración. Es probable que factores como el sobreajuste (mayor número de variables en el SAPS 3) y el tiempo de recogida de las escalas fisiológicas (primeras 24 horas para el SAPS II y primera hora para el SAPS 3), puedan contribuir a estas diferencias. SAPS II y 3 son modelos útiles en la predicción de éxito de la VMNI en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda e ingresados en una UCiM. Sin embargo, la falta de poder discriminativo y las discrepancias en su calibración hacen necesaria la modificación de las mismas para ser utilizadas de forma rutinaria en VMNI. Se requieren estudios prospectivos y multicéntricos con un mayor número de pacientes para diseñar escalas específicas para este contexto.