



I-205 - COMPORTAMIENTO DE DISTINTAS ESCALAS DE GRAVEDAD EN PACIENTES INGRESADOS POR SEPSIS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS

F. Alegre Garrido, A. Huerta González, N. Fernández Ros, M. Landecho Acha, D. Martínez Urbistondo, A. Sánchez Conrado, J. Quiroga Vila, J. Lucena Ramírez

Medicina Interna. Unidad de Médicos Hospitalistas. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona (Navarra).

Resumen

Objetivos: Describir el comportamiento de diferentes escalas de gravedad generales (SAPS II y 3) y de sepsis (Sepsis Severity Score - SSSc) en pacientes ingresados con sepsis en una Unidad de Cuidados Intermedios (UCIm).

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo que incluyó todos los pacientes ingresados por sepsis en la UCIm de la Clínica Universidad de Navarra desde 04/2006 hasta 04/2016, en los que se determinó individualmente la puntuación y el riesgo de muerte predicho por las escalas SAPS II, SAPS 3 y SSSc. El análisis de la discriminación de las escalas se realizó mediante el cálculo del área bajo la curva ROC, mientras que la calibración se estudió mediante el test de bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow. También se calculó la razón de mortalidad estandarizada (RME) para cada modelo.

Resultados: Se incluyeron un total de 211 sujetos. Se trata de una población con edad media de 68 años, con un predominio de varones (129 vs 82 mujeres) y una importante comorbilidad: cáncer metastásico en el 38,4% de los casos, tratamiento inmunosupresor en el 54,0%, insuficiencia cardiaca avanzada en el 10,0%, fibrilación auricular en el 19,4%, diabetes en tratamiento con insulina en el 12,8%... Hasta 73/211 sujetos tenían indicación de no realizar medidas de reanimación cardiopulmonar (RCP) en caso de deterioro. La infección fue nosohusial en el 73,9% de los casos y la procedencia al ingreso en la UCIm fue mayoritariamente de Urgencias (40,5%) y de las plantas de hospitalización convencional (50,2%). El comportamiento de las escalas muestra una importante sobreestimación de la mortalidad con el SAPS 3 y el SSSc (RME 0,52 y 0,73 respectivamente), mientras que el SAPS II muestra valores más cercanos a la unidad (RME 0,94). La calibración fue buena en todos los casos, observándose no obstante una mejor discriminación del riesgo de muerte con las versiones II y 3 del SAPS. El área bajo la curva ROC fue de 0,737 para el SAPS II, de 0,736 para el SAPS 3 y de 0,681 para el SSSc. El subanálisis de los pacientes con y sin indicación de maniobras de reanimación en caso de deterioro mostró unos resultados parecidos, persistiendo en todos los casos un mejor comportamiento del SAPS II en términos de RME con respecto a las otras 2 escalas. En el subgrupo de pacientes con maniobras de RCP en caso de deterioro, 27/135 precisaron traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en las primeras 48 horas. En el estudio de la posible utilidad de las escalas descritas considerando este nuevo end-point, destaca una mejor

calibración del SSSc con respecto a las escalas de gravedad generales (AUROC 0,818 vs 0,744 para el SAPS II y 0,653 para el SAPS 3).

Discusión: En primer lugar, es evidente la necesidad de definir adecuadamente las características de los pacientes con sepsis ingresados en las UCIm, ya que es posible que el case-mix de los mismos difiera sustancialmente de los de las poblaciones de UCI donde se diseñaron las escalas utilizadas. El comportamiento subóptimo de las mismas podría explicarse, al menos en parte, por la importante comorbilidad de los pacientes de nuestra serie, muchos de los cuales tenían indicación de no maniobras de reanimación en caso de deterioro. No obstante, y posiblemente favorecido por ello, se observa en nuestra población una mejor discriminación del riesgo de muerte con las escalas de gravedad generales (SAPS II y 3). Por el contrario, la identificación de pacientes con sepsis más grave, que se beneficiarían en condiciones normales de un ingreso precoz en UCI, podría realizarse con herramientas específicas como el SSSc.

Conclusiones: La aplicación de las escalas de riesgo disponibles (tanto de mortalidad general como específicas de sepsis) en los pacientes ingresados por sepsis en UCIm es de una utilidad limitada. Es necesaria una adecuada descripción de la población atendida en estas áreas, y el diseño de escalas de riesgo adaptadas para su uso este escenario.