



I-207 - MANEJO DE LA SEPSIS GRAVE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS

F. Alegre Garrido, M. Landecho Acha, A. Huerta González, N. Fernández Ros, D. Martínez Urbistondo, F. Carmona de la Torre, J. Quiroga Vila, J. Lucena Ramírez

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

Resumen

Objetivos: Describir las características de pacientes ingresados con sepsis en una Unidad de Cuidados Intermedios (UCIm). Analizar los resultados y factores asociados a un peor pronóstico y al traslado a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

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. Se recogieron múltiples variables clínicas y analíticas determinadas al ingreso en la UCIm, así como la puntuación en las escalas Simplified Acute Physiology Score (SAPS) II, SAPS 3 y Sepsis Severity Score (SSSc).

Resultados: El estudio incluyó 211 sujetos. Se trata de una población de 68 años de edad media, con discreto predominio de varones y una importante comorbilidad: cáncer metastásico en el 38% de los casos, y prevalencias notables de hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular, cardiopatía isquémica, EPOC y cirrosis. El 71% tenían un estado funcional limitado y hasta el 34,6% indicación de no maniobras de RCP en caso de deterioro. El 45% de los pacientes ingresó en la UCIm procedente de Urgencias y el 50% de plantas de hospitalización convencional. Se obtuvo aislamiento microbiológico en el 64,4% de los pacientes y el origen de la sepsis fue digestivo en el 32,7% de los casos, urinario en el 23,2% y pulmonar en el 24,2%. El riesgo medio de mortalidad intrahospitalaria predicha estimado por SAPS II, SAPS 3 y SSSc fue de 28,7%, 52,1% y 36,9%. La mortalidad observada fue del 27,0% (57/211), con unas razones de mortalidad estandarizada para el SAPS II, SAPS 3 y SSSc de 0,94, 0,52 y 0,73 respectivamente. Los factores asociados con una mayor mortalidad incluyen, además de la puntuación en las escalas de riesgo descritas, variables como la indicación de no maniobras de RCP al ingreso, la procedencia al ingreso, la estancia hospitalaria previa, la infección asociada a cuidados médicos, el cáncer metastásico, la cirrosis y el deterioro del estado funcional. También, la necesidad de VMNI, la hipocapnia, la anemia y la prolongación del tiempo de protrombina, así como el deterioro de la función renal y la hiperbilirrubinemia. Cuando se realiza un subanálisis de la población con indicación de maniobras de reanimación en caso de deterioro, se observan resultados similares a los ya descritos para la población global. En este subgrupo se analizó también la frecuencia de traslado a la UCI en las primeras 48 horas tras el ingreso en la UCIm, que fue necesaria en 27/135 pacientes. Cuando se estudian los factores asociados al riesgo de precisar el traslado precoz a la UCI destacan, además de la puntuación en las escalas SAPS II, SAPS 3 y SSSc, factores asociados con la severidad de la sepsis como el fallo renal,

la acidosis, la prolongación del tiempo de protrombina y el deterioro de la función hepática.

Discusión: La gravedad de los pacientes ingresados con sepsis en nuestra UCIm es evidente, con una importante mortalidad estimada por escalas de riesgo de uso habitual en UCI y unos datos de mortalidad observada que confirman un adecuado manejo de los mismos en estas unidades. No obstante, gran parte del riesgo podría relacionarse con comorbilidades previas y no sólo con la severidad de la sepsis. De hecho, en el análisis de los factores asociados a una mayor mortalidad en nuestra serie destacan múltiples variables ligadas a la presencia de enfermedades crónicas debilitantes, mientras que en el estudio de los factores predictores de traslado a la UCI son las variables asociadas con la gravedad de la sepsis las que más se asocian a este end-point.

Conclusiones: Las UCIm son una alternativa adecuada para el manejo de pacientes sépticos complejos. No obstante, es necesario definir claramente los criterios de ingreso en estas unidades y el case-mix de los pacientes ingresados en ellas para posibilitar su comparación con otras áreas.