



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-465 - DISEÑO Y EVALUACIÓN DE UNA ESCALA PARA PREDECIR EL PRONÓSTICO EN PACIENTES QUIRÚRGICOS CON SEPSIS NOSOCOMIAL

López Mestanza, Isabel Cristina<sup>1</sup>; Gómez López, Juan Ramón<sup>2</sup>; Toledano Trincado, Miguel<sup>2</sup>; Montenegro Martín, María Antonia<sup>2</sup>; Concejo Cutoli, Pilar<sup>2</sup>; Martín Esteban, María Luz<sup>2</sup>; Bermejo Martín, Jesús<sup>3</sup>; Martín del Olmo, Juan Carlos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Santa Bárbara, Soria, Soria; <sup>2</sup>Hospital de Medina del Campo, Valladolid; <sup>3</sup>Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

### Resumen

**Objetivos:** El objetivo de nuestro estudio fue diseñar una escala pronóstica específica y fácil de usar aplicada al diagnóstico de los pacientes quirúrgicos con sepsis nosocomial.

**Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo-observacional desde enero 2011 a diciembre de 2015 en un Hospital Universitario de tercer nivel. Se revisaron las historias clínicas de 3.902 pacientes en cuyo diagnóstico al alta incluyeran los códigos CIE-9 sugestivos de sepsis (Sepsis-2): 785.52, 995.90-995.94 y 038.0-038.9. Se incluyeron en nuestro estudio: Pacientes intervenidos quirúrgicamente durante el ingreso y previo al diagnóstico de sepsis, mayores de 18 años e ingresados por patología no infecciosa y que desarrollaron sepsis, sepsis grave o shock séptico (Sepsis-2) debido a una infección nosocomial adquirida durante el ingreso. Para determinar los factores de riesgo independientes de mortalidad a 28 días se realizó una regresión de Cox univariante y con las variables con  $p < 0,1$  se realizó un modelo multivariante (método Wald). Para crear una escala pronóstica se calculó un valor integrado (número entero) a partir del coeficiente beta de las variables incluidas en la regresión de Cox multivariante significativas ( $p < 0,05$ ). Para ello se multiplicó este coeficiente por 10 y se redondeó eliminando los números decimales. Para calcular la puntuación de la escala en un paciente concreto habría que sumar los diferentes valores de los ítems presentes en el paciente. La estadística de desempeño del score se realizó mediante el cálculo del Área Bajo la Curva (ABC) y el test de Hosmer Lemeshow.

**Resultados:** Se incluyeron 135 pacientes, el 35,6% fallecieron a los 28 días de ingreso. Fueron factores de riesgo independientes de mortalidad a 28 días (edad  $> 75$  años: HR 1,98 [1,12-3,50]  $p = 0,019$ , presentar antecedente de patología vascular: HR 2,15 [1,21-3,83],  $p = 0,009$ , presentar sepsis con fallo de órgano al diagnóstico: HR 3,15 [0,19-0,66],  $p = 0,030$  y los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca durante el ingreso y previo al diagnóstico: HR 0,35 [0,29-0,76],  $p = 0,001$ ). La puntuación de cada variable de nuestra escala fue: edad  $> 75$  años: 7 puntos, antecedente de patología vascular: 8 puntos, presentar sepsis con fallo de órgano al diagnóstico: 11 puntos y paciente intervenido de cirugía cardíaca: -10 puntos. El 31,1% presentó score  $\leq 4$  puntos (riesgo bajo) con mortalidad a 28 días del 9,5%, el 40% de los pacientes presentaron valores de 5 a 14 (riesgo medio), el 38,9% de estos fallecieron a los 28 días y el 28,9% presentaron valores  $\geq 15$  puntos con una mortalidad a 28 días del 59%  $p < 0,001$ . Nuestra escala presentó un ABC de 0,78 [IC95% 0,67-0,84],  $p < 0,001$  (aceptable capacidad discriminativa) y  $\chi^2$  (Hosmer-Lemeshow) 1,41,  $p = 0,234$ ; indicando un buen desempeño del modelo.

**Conclusiones:** La identificación de los factores de riesgo independientes de mortalidad a 28 días en pacientes quirúrgicos con sepsis nosocomial nos permitió la construcción de una escala pronóstica simple y útil en la práctica clínica diaria, que ayudaría a clasificar a los pacientes en riesgo bajo, medio y alto de mortalidad a 28 días, lo cual sería importante para optimizar un tratamiento adecuado.