



6018-207. ¿SON ÚTILES LAS ESCALAS DE RIESGO DE PACIENTES CRÍTICOS PARA PACIENTES EN *SHOCK* CARDIOGÉNICO EN NUESTRO TIEMPO?

Jorge Vázquez López-Ibor¹, Francisco José Hernández Pérez¹, Manuel Gómez Bueno¹, Marta Jiménez Blanco², José Manuel Álvarez Avello³, Ana Isabel González Román¹, Alberto Forteza Gil¹, Javier Ortega Marcos¹ y Javier Segovia Cubero¹, del ¹Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), ²Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid y ³Clínica Universidad de Navarra, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El *shock* cardiogénico (SC) es una entidad de rápida instauración y elevada mortalidad, con un espectro de gravedad amplio. Identificarlo y predecir su evolución precozmente es fundamental para guiar el abordaje y mejorar los resultados. Algunas escalas, como SOFA, APACHE II y SAPS II, han demostrado ser buenos predictores de mortalidad hospitalaria en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCI). Su utilidad y validez en una cohorte contemporánea de SC de diversas etiologías y con amplio uso de soporte mecánico circulatorio (SMC) es poco conocida.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes en SC atendidos en un centro entre septiembre de 2014 y enero de 2019. Se calcularon las escalas SOFA, SAPS II y APACHE II en las primeras 24 horas de ingreso en UCI de nuestro centro y se analizó su capacidad de discriminación y calibración.

Resultados: En total, se incluyeron 130 pacientes (72% varones, 52 ± 15 años). La etiología más frecuente del SC fue la Insuficiencia cardiaca aguda descompensada (ICAD, $n = 38$, 29%). En 105 pacientes (81%) se empleó SMC, el más utilizado el oxigenador extracorpóreo de membrana venoarterial (ECMO-VA) en 61 de ellos. La supervivencia al alta fue del 57% ($n = 74/130$ pacientes). Las escalas SOFA, SAPS II y APACHE II mostraron buena discriminación para la mortalidad hospitalaria, obteniendo valores de área bajo la curva (AUC) ROC similares (AUC: 0,711, 0,752 y 0,742 respectivamente; $p = 0,6$). Tampoco se encontraron diferencias significativas en la comparación por parejas. La representación de las curvas ROC se muestra en la figura. La calibración fue aceptable para las 3 escalas (Hosmer-Lemeshow $p = 0,979$, $p = 0,186$ y $p = 0,065$ para las escalas SOFA, SAPS II y APACHE II respectivamente), tal como se detalla en la tabla.

Análisis de las escalas para predecir mortalidad intrahospitalaria

Escala	Análisis univariante, OR	Análisis univariante, IC95%	Análisis univariante, p	Discriminación (AUC curva ROC)	Calibración (Hosmer-Lemeshow, p)
--------	--------------------------	-----------------------------	-------------------------	--------------------------------	----------------------------------

SOFA	1,37	1,17-1,60	0,001	0,710	0,979
SAPS II	1,07	1,04-1,10	0,001	0,751	0,186
APACHE II	1,15	1,08-1,23	0,001	0,742	0,065

AUC: área bajo la curva; SOFA: *Sepsis-related Organ Failure Assesment*; SAPS II: *Simplified Acute Physiology Score II*; APACHE II: *Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II*.



Conclusiones: En esta cohorte contemporánea de SC de diversas etiologías, las escalas SOFA, SAPS II y APACHE II han demostrado tener una buena y similar capacidad de predicción de mortalidad hospitalaria.