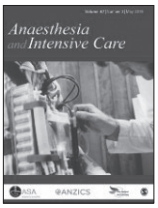
Estado funcional previo al ingreso en UCI y su relación con la mortalidad

Eduardo Aguilar-Alonso
Hospital Infanta Margarita, Córdoba, España



Aguilar-Alonso describe para SIIC su artículo editado en ***Anaesthesia and Intensive Care*** 45(3):351-358, May 2017.
La colección en papel de ***Anaesthesia and Intensive Care*** ingresó en la Biblioteca Biomédica SIIC en 2005.
Indizada en Medline, Embase/Excerpta Medica, EMCare y SIIC ***Data Bases.***

www.siicsalud.com/lmr/fuentes-informativas.php
www.siicsalud.com/lmr/ppselechtm.php

Córdoba, España *(especial para* SIIC)
El estado funcional previo deteriorado de los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCI) se asocia con mayor riesgo de mortalidad, lo que sugiere que incorporando una evaluación del estado funcional previo a los sistemas de puntuación existentes de la UCI, puede mejorar su rendimiento. La fragilidad es un concepto caracterizado por la pérdida de reserva fisiológica y, en consecuencia, la incapacidad para mantener la homeostasis y lograr la recuperación después de una enfermedad o lesión.
Estudios recientes han propuesto y analizado la importancia de la fragilidad en determinar los resultados de los enfermos críticos. La fragilidad, sin embargo, no es un concepto dicotomizado y evaluarla requiere el uso de algunas escalas específicas de fragilidad.
Una alternativa para evaluar la fragilidad es estimar funcionalmente el estado de los pacientes. El *Glasgow Outcome Score* (GOS) ha sido utilizado en numerosos estudios para evaluar los resultados funcionales de los pacientes luego de sufrir diferentes formas de lesión cerebral.
El objetivo de este trabajo es evaluar la posible asociación entre el estado funcional previo al ingreso y la mortalidad hospitalaria de los pacientes admitidos entre 2006 y 2012 en cuatro UCI de España: Carlos Haya, Málaga; Virgen de las Nieves, Granada; Infanta Margarita, Cabra (Córdoba), y el Hospital de Neurotraumatología de Jaén.
El estado funcional previo se clasificó en tres grupos según una modificación de escala de Glasgow (GOS): el grupo 1, sin limitaciones en las actividades de la vida diaria; el grupo, 2 con algunas limitaciones, pero autosuficiente, y el grupo 3, que dependía de otros para sus actividades de la vida diaria.
La GOS ha sido utilizada en numerosos estudios para evaluar los resultados funcionales de pacientes con diferentes formas de lesión cerebral. Tiene cinco categorías, y mientras que los dos peores resultados (estado vegetativo y muerte) no serían aplicables a la mayoría de los pacientes antes del ingreso en la UCI, las otras tres clases de estado funcional pueden ser útiles. Nuestra hipótesis se basa en que después de excluir las dos peores categorías de GOS, podríamos usar el GOS modificado como una simple herramienta para evaluar el estado funcional de los pacientes de la UCI antes de su ingreso para predecir su posterior mortalidad.
Los datos continuos se expresaron en media ± desviación estándar (DE) y los datos categóricos se presentaron en frecuencia y porcentaje. Se usó la prueba de la *t* de Student para comparar medias entre dos grupos; se empleó el análisis de varianza (ANOVA) para comparar medias entre tres grupos, y el método de Newman-Keuls para múltiples comparaciones. La prueba de *chi* al cuadrado fue utilizada para evaluar las asociaciones entre las variables categóricas. Para el análisis multivariado se usó la prueba de Hosmer-Lemeshow y las curvas ROC de eficacia diagnóstica.
Se incluyeron 1757 pacientes (mortalidad pronosticada por el *Simplified Acute Physiology Score*, SAPS 3: 14.8%, y hospitalaria, 13.7%). El grupo 1 tuvo menor mortalidad hospitalaria observada (8.3%) en comparación con la mortalidad prevista por SAPS 3 (11.6%). La mortalidad observada para el grupo 2 (20.6%) y el grupo 3 (27.4%) fue más alta de lo previsto (19.2% y 21.2%, respectivamente; *odds ratio* (OR) = 1.97 (1.38 a 2.82) para el grupo 2 y OR = 2.90 (1.78 a 4.72) para el grupo 3 en comparación con el grupo 1.
Al combinar el estado funcional previo y el *Sequential Organ Failure Assessment* (SOFA) con el SAPS 3, este mejoró su capacidad predicitiva (curva ROC: 0.85 [0.82-0.88] *vs.* 0.84 [0.81-0.87]).
Este estudio tiene algunas limitaciones. Primero, nuestros resultados no pueden generalizarse a pacientes que no han sido ingresados en la UCI o en una UCI con muy diferente mezcla de tipos de casos. Segundo, no teníamos datos de resultados después del alta hospitalaria. En tercer lugar, nuestro tamaño de la muestra era relativamente pequeño y eso limita el número de predictores que se podrían evaluar en este estudio.
Nuestro trabajo demostró que los pacientes con limitación funcional previa a la admisión en la UCI tenían mayor riesgo de mortalidad hospitalaria que lo predicho por escalas pronósticas. Evaluar el estado funcional previo mediante un simple cuestionario, basado en tres categorías como es el GOS modificado, tiene el potencial de mejorar la precisión de los modelos pronósticos existentes.

Conexiones temáticas

An Cl Ml Ne T