



<https://www.revclinesp.es>

## I-159 - DIAGNÓSTICO DE SEPSIS MEDIANTE QUICK SOFA EN PACIENTES INGRESADOS CON PIELONEFRITIS AGUDA

L. Piles Roger, M. Madrazo López, A. Ferrer Santolaria, A. Viana García, A. Pina Belmonte y A. Artero Mora

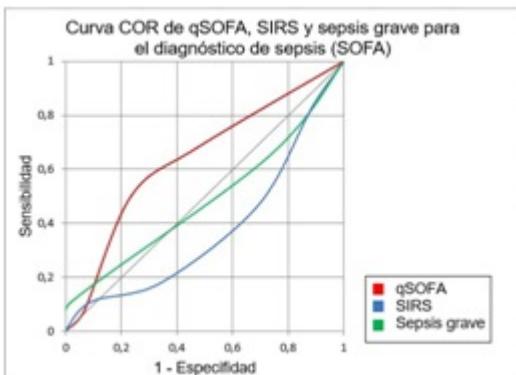
Medicina Interna. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

### Resumen

**Objetivos:** En 2016 se actualizaron los criterios de sepsis y se sustituyeron los criterios SIRS por la escala SOFA (sepsis-3) para su diagnóstico. La escala quick SOFA (qSOFA) se desarrolló como herramienta predictiva de mortalidad intrahospitalaria para pacientes ingresados en sala (Brabrand 2016). Algunos estudios (Haydar 2017) han intentado validar qSOFA como herramienta clínica para el diagnóstico de sepsis frente a la escala SOFA, que precisa de parámetros analíticos. En los primeros estudios de validación externa (Seymour 2016) no se estratifican los resultados por foco. El objetivo del estudio es conocer la utilidad en el diagnóstico de sepsis de los criterios sepsis-3, mediante la escala qSOFA, en pacientes ingresados por pielonefritis aguda (PNA).

**Material y métodos:** Estudio prospectivo de todos los pacientes ingresados por PNA en un servicio de Medicina Interna de un hospital terciario entre enero 2017 y abril de 2018. Se consideró PNA la infección urinaria con fiebre y/o dolor en fosa renal, con o sin síndrome miccional. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y microbiológicos de todos los pacientes con clínica compatible con PNA. Se calcularon las escalas qSOFA, SIRS y SOFA en las primeras 24 horas. Se excluyeron pacientes con urinocultivo negativo o contaminado, cistitis o prostatitis, e infección urinaria nosocomial o procedente de UCI. Se calculó la sensibilidad, especificidad y área bajo la curva ROC (AUROC) para el diagnóstico de sepsis de las escalas quick SOFA, SIRS y sepsis grave (SG) en pacientes ingresados por PNA, tomando como gold standard la escala SOFA (incremento de 2 puntos sobre la basal). Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS v. 22.0.

**Resultados:** Se estudiaron 138 casos, con una edad media de  $73,82 \pm 14,7$  años, siendo el 58% varones. El índice de Charlson fue de  $4,96 \pm 3,12$ . Entre la comorbilidad destaca: diabetes 47 casos, enfermedad renal crónica 43 casos, EPOC 20 casos, demencia 27 casos y neoplasia sólida 22 casos. El índice de APACHE II fue de  $12,06 \pm 6,17$  y la incidencia de sepsis (criterios SOFA) fue de 63 (45,85%) casos. La estancia media fue de  $5,6 \pm 3,8$  días y la mortalidad intrahospitalaria fue del 7 (5,1%) casos. Tuvieron fiebre 128 (92,8%) casos, dolor en fosa renal 32 (23,2%) casos, síndrome miccional 83 (60,1%) casos y leucocituria 134 (97,2%) casos. La incidencia de sepsis con los criterios SIRS fue del 64,4%, con una sensibilidad y especificidad de  $0,60 \pm 0,12$  y  $0,32 \pm 0,11$ , respectivamente, y un AUROC de 0,383 (IC95% 0,26-0,50); la incidencia de SG fue del 29%, con una sensibilidad y especificidad de  $0,39 \pm 0,13$  y  $0,80 \pm 0,09$ , respectivamente, y un AUROC de 0,458 (0,34-0,58). El 29% de los casos tuvieron un qSOFA positivo, con una sensibilidad y especificidad de  $0,63 \pm 0,12$  y  $0,99 \pm 0,06$ , respectivamente, y un AUROC de 0,633 (0,52-0,75).



**Discusión:** La utilidad de qSOFA para el diagnóstico clínico de sepsis es mayor que la escala SIRS, como se observa en los resultados de la curva ROC, coincidentes con Haydar et al. A diferencia de otros estudios (Haydar 2017), en nuestro caso la sensibilidad de qSOFA y SIRS fue similar (0,63 y 0,6, respectivamente, frente a 0,90 y 0,95 de Haydar 2017) y la especificidad de qSOFA fue mayor (0,99 qSOFA vs 0,32 SIRS frente a 0,46 vs 0,56 en Haydar 2017) por lo que su rendimiento global como test diagnóstico en pacientes ingresados en sala es mejor que los criterios SIRS.

**Conclusiones:** La escala quick SOFA tiene mayor sensibilidad y especificidad que los criterios previos de SIRS y sepsis grave para el diagnóstico de sepsis en pacientes ingresados con pielonefritis aguda.