



medicina *intensiva*

<http://www.medintensiva.org/>



CARTA AL EDITOR

De lo que no hablan las escalas predictivas

What predictive scores don't talk about

Sr. Editor,

El reciente artículo publicado por Cabrera Losada A et al.¹ aborda exhaustivamente el interesante tema de la predicción de mortalidad en la población oncohematológica crítica. Aunque mencionan las limitaciones de la diferencia poblacional (el paciente oncológico con tumor sólido no es lo mismo que el paciente oncohematológico, no todos los estudios reflejan la estadificación oncológica y no se separan los procesos posquirúrgicos de las complicaciones médicas), consideramos valioso reflexionar sobre el uso de sistemas predictivos, dada su relevancia. En este sentido, la lectura crítica del artículo es un reconocimiento al trabajo científico.

Los sistemas predictivos representan «conceptualmente» el planteamiento matemático de hipótesis científicas² (si acontecen las condiciones {A, B, C}, la probabilidad de muerte es del 55%). Es decir, utilizamos formalismos matemáticos para «explicar» la realidad. De esta forma, si consideramos un modelo como una hipótesis, debemos asegurarnos de que este se ajuste adecuadamente a la realidad que queremos explicar. Además, debemos recordar que la predicción no nos permite extrapolar una justificación de acciones clínicas de manera automática.

Por tanto, ¿es la realidad utilizada en el estudio la realidad actual de nuestras unidades? En nuestra opinión, no completamente, porque no es capaz de reflejar todos los cambios que han ocurrido en la oncología en los últimos años. Este aspecto es fundamental, ya que es precisamente el avance científico, con la consecuente mejoría pronóstica, lo que ha promovido el cambio asistencial y el soporte invasivo y prolongado a los pacientes oncológicos. Este progreso científico es el que ha favorecido la aparición de nuevos conceptos, como el test UCI³.

Los resultados de las escalas predictivas ofrecen información subóptima para nuestra realidad actual. Los artículos que más N aportan son de 2004 y 2009, por lo que se basan en una población diferente a la actual. Así, estas escalas podrían proyectar sesgos del pasado sobre la población oncológica actual que tiene un pronóstico distinto (por ejemplo, los pacientes con cáncer colorrectal e inestabilidad de

microsatélites⁴ o el reciente estudio con inmunoterapia en melanoma metastásico⁵, con problemas clínicos nuevos (toxicidad inmunomediada, tratamiento con terapias tipo TIL [Tumor-Infiltrating Lymphocytes]) y frente a unas prácticas en cuidados intensivos que también han cambiado, ofreciendo una menor mortalidad. Matemáticamente estaríamos comprobando hipótesis científicas sobre realidades diferentes (la población oncológica mayoritaria en este estudio y la población oncológica actual). Todo ello nos invitaría a la búsqueda de conocimiento con nuevas metodologías (historia clínica electrónica, *big data* y *machine learning*), más ajustado a nuestro contexto para mejorar la toma de decisiones.

Desde luego, el trabajo realizado en el artículo¹ destaca acertadamente la necesidad de continuar investigando para actualizar y ampliar nuestro conocimiento en este campo. Sin embargo, creemos importante destacar que cualquier resultado obtenido con poblaciones pasadas en el campo de la onco-UCI es poco replicable hoy en día, tanto por el cambio en su pronóstico oncológico como por la calidad de los cuidados ofrecidos en las unidades de cuidados intensivos. Así, las escalas predictivas no nos hablan de la historicidad, evolución y situación presente del conocimiento médico.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que ninguno de los autores presenta conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Cabrera Losada A, Correa Oviedo MA, Herrera Villazón VC, Gil-Tamayo S, Molina CF, Gimenez-Esparza Vich C, et al. Towards better mortality prediction in cancer patients in the ICU: A comparative analysis of prognostic scales: Systematic literature review. *Med Intensiva (Engl Ed)*. 2024;48:e30-40 <https://doi.org/10.1016/j.medine.2024.07.009>
2. Desai J, Watson D, Wang V, Taddeo M, Floridi L. The epistemological foundations of data science: A critical review. *Synthese*. 2022;200:469 <https://doi.org/10.1007/s11229-022-03933-2>
3. Lecuyer L, Chevret S, Thiery G, Darmon M, Schlemmer B, Azoulay E. The ICU trial: A new admission policy for cancer patients

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2025.502158>

0210-5691/© 2025 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Cómo citar este artículo: M. Valiente Fernández, C. Serrano Gómez, A. Lesmes González de Aledo et al., De lo que no hablan las escalas predictivas, *Medicina Intensiva*, <https://doi.org/10.1016/j.medin.2025.502158>

M. Valiente Fernández, C. Serrano Gómez, A. Lesmes González de Aledo et al.

- requiring mechanical ventilation. *Crit Care Med.* 2007;35:808–14 <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000256846.27192.7A>
4. André T, Shiu KK, Kim TW, Jensen BV, Jensen LH, Punt C, et al., KEYNOTE-177 Investigators. Pembrolizumab in microsatellite-instability-high advanced colorectal cancer. *N Engl J Med.* 2020;383:2207–18 <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2017699>
5. Wolchok JD, Chiarion-Sileni V, Rutkowski P, Cowey CL, Schandendorf D, Wagstaff J, et al. Final, 10-year outcomes with nivolumab plus ipilimumab in advanced melanoma. *N Engl J Med.* 2025;392:11–22 <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2407417>

^a *Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España*

^b *Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mvalientefernandez@gmail.com
(M. Valiente Fernández).

Marcos Valiente Fernández^{a,*}, Cristina Serrano Gómez^b,
Amanda Lesmes González de Aledo^a e Isaías Martín Badía^a