



## I-252 - FACTORES RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD EN LA NEUMONÍA NEUMOCÓCICA BACTERIÉMICA Y APLICABILIDAD DE ESCALAS PRONÓSTICAS

J. Bravo-Ferrer Acosta<sup>1</sup>, R. Verdeal Dacal<sup>1</sup>, L. Castelo Corral<sup>1</sup>, R. Suárez Fuentetaja<sup>1</sup>, M. Rodríguez Mayo<sup>2</sup>, E. Míguez Rey<sup>1</sup>, E. Sánchez Vidal<sup>1</sup>, P. Llinares Mondéjar<sup>1</sup>

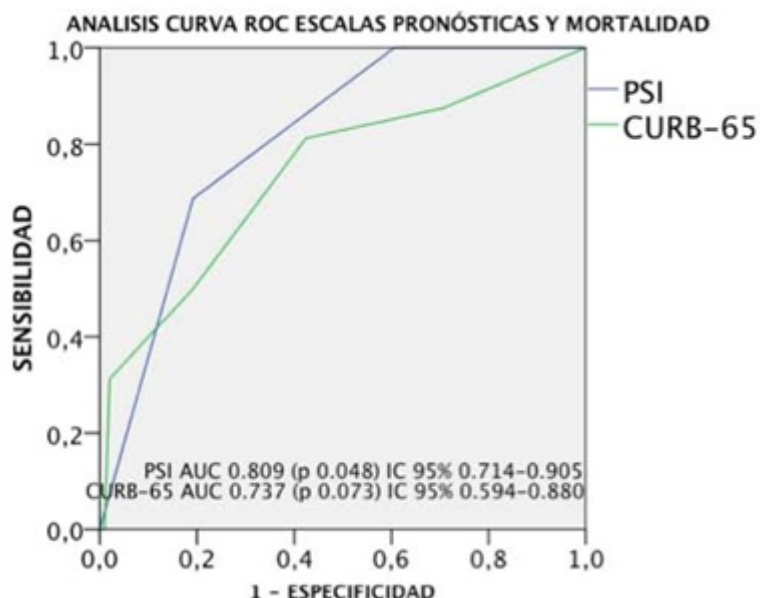
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>2</sup>Servicio de Microbiología Clínica. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

### Resumen

**Objetivos:** Identificar los factores pronósticos relacionados con la mortalidad en la neumonía neumocócica bacteriémica y evaluar la aplicabilidad de las escalas de riesgo PSI y CURB-65 en estos pacientes.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de todos los episodios de neumonía bacteriémica neumocócica entre enero de 2011 y abril 2015. Se revisaron todos los episodios de neumonía adquirida en la comunidad con hemocultivos positivos para *Streptococcus pneumoniae* y se evaluaron variables demográficas, clínicas, microbiológicas y pronósticas. Se utilizó el paquete estadístico SPSS v21 para su análisis.

**Resultados:** Se incluyeron 123 episodios en 122 pacientes, de los que el 67% eran hombres, con una edad media de  $60 \pm 16$  años. El índice de Charlson medio fue de  $2 \pm 3$ , siendo las comorbilidades más frecuentes: hipertensión arterial (36%), neumopatía crónica (31%), hepatopatía crónica (24%) y neoplasias (24%). El 67% presentaba un FINE > III y el 48% un CURB65 > 2 y como complicaciones al ingreso, el 59% presentaba insuficiencia respiratoria, 43% afección multilobar, 26% derrame pleural paraneumónico/empiema y 31% sepsis grave/shock séptico. El 28% precisó ingreso en UCI. La mortalidad a los 30 días fue del 17%. Las variables asociadas con la mortalidad en el análisis univariado, se muestran en la tabla. Al aplicar las escalas PSI y CURB-65, ambas se relacionaron con la mortalidad ( $p < 0,05$ ). No hubo mortalidad en los pacientes identificados como bajo riesgo en la escala FINE (< IV); sin embargo 4 pacientes con un índice de CURB-65 < 2, fallecieron. Al comparar ambas escalas, 23 pacientes clasificados como alto riesgo en la escala PSI (FINE > III) fueron clasificados como bajo riesgo en la escala CURB-65 (< 2 puntos). En análisis de la curva ROC, sólo la escala FINE presentó un adecuado área bajo la curva para la predicción de mortalidad ( $p < 0,05$ ) (fig.).



Variables cualitativas	Exitus/total	p
Neoplasia activa	11/25	< 0,001
Corticoides crónicos	6/12	0,004
Quimioterapia	5/11	0,017
Riesgo de aspiración	9/24	0,003
Índice de McCabe fatal	14/29	< 0,001
Alteración nivel de conciencia	12/22	< 0,001
Insuficiencia respiratoria	16/69	0,004
Sepsis grave/Shock séptico	14/37	> 0,001
NAC grave según criterios IDSA	13/44	0,002

Variables cuantitativas	Exitus (media ± DE)	No exitus (media ± DE)	p
Índice Charlson	5 ± 3	2 ± 2	< 0,001
Escala FINE	4 ± 1	2 ± 1	< 0,001
Escala CURB-65	2 ± 1	1 ± 1	0,007
Índice de Pitt	4 ± 4	2 ± 2	< 0,001
Frecuencia respiratoria	35 ± 26	24 ± 7	0,001
Saturación de oxígeno	85 ± 11	92 ± 7	0,002
pH en gasometría arterial	7,38 ± 0,15	7,46 ± 0,08	0,002
pCO <sub>2</sub> en gasometría arterial	39 ± 13	32 ± 9	0,006
Plaquetas (× 10 <sup>3</sup> ) al ingreso	160 ± 94	205 ± 82	0,032
Glucosa a las 48h	188 ± 102	124 ± 54	0,002
Creatinina máxima	2,4 ± 2	1,7 ± 1,1	0,031

**Conclusiones:** A pesar de las limitaciones del estudio, los datos sugieren que en pacientes con neumonía neumocócica bacteriémica, la escala FINE es más adecuada como escala pronóstica. Además, se deberían considerar otras condiciones que pudieran reflejar alteraciones del estado inmunológico (inmunodeficiencia, uso de corticoides, quimioterapia reciente, índice de McCabe), y alteraciones analíticas (valores gasométricos, plaquetopenia) no incluidas en la escala PSI.