Rev Clin Esp. 2017;217(Espec Congr):304

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

EV-020 - VALORACIÓN DE FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON ICTUS E INFECCIÓN RESPIRATORIA. EVERY BREATH YOU TAKE

S. Peña Balbuena[1], M. Calabria[2], L. López Mesonero[2] y M. Méndez Bailón[3]

[1]Medicina Interna; [2]Neurología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.[3]Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

Resumen

Objetivos: Identificar factores pronósticos de mortalidad en los pacientes que presentan ictus e infección respiratoria intercurrente.

Material y métodos: Se realiza un estudio observacional prospectivo en el que se registran todos los pacientes con infección respiratoria e ictus ingresados en el Servicio de Neurología de un hospital de tercer nivel, desde noviembre-2016 a abril-2017. Se registran distintas variables epidemiológicas, clínicas y evolutivas, presentándose los datos usando la frecuencia (porcentaje) y la media (desviación típica). Para comprobar qué variables son pronósticas de mortalidad intrahospitalaria durante el ingreso, se realiza un análisis de regresión logística binaria, considerándose estadísticamente significativa un p 0,05. El estudio estadístico se ha realizado con el programa SPSS 20.

Resultados: Se reclutaron 62 pacientes, 38 (61,3%) fueron varones, con una edad media de 85,52 (8,9) años. La media del índice de comorbilidad de Charlson fue de 2,77 (1,95), siendo las patologías más frecuentes la insuficiencia cardiaca 42 (67,7%), seguida de la diabetes mellitus 22 (35,5%). En cuanto a la infección 24 (38,71%) pacientes presentaron sepsis (SOFA ? 2), siendo los gérmenes más frecuentemente aislados VRS 6 (9,7%) y Staphylococcus coagulasa negativos 6 (9,7%). Los datos mostraron un recuento leucocitario medio al inicio de la infección de 10702,8 (3,9) con predominio de neutrófilos 8074 (3,4).Todos recibieron tratamiento antibiótico: 42 (67,7%) con amoxicilina-clavulánico, 11 (17,7%) con levofloxacino, 9 (14,5%) con piperacilina-tazobactam. Por otro lado, 53 (85,5%) pacientes presentaron un ictus isquémico, 8 (12,7%) hemorrágico y solo 1 (1,6%) tipo AIT, observándose afectación de territorio posterior en 12 (19%) de ellos. La media del NIHSS al inicio fue de 14,23 (8,4), y del mRANKIN al inicio fue de 1,45 (1,7). Valorando la incidencia de disfagia: 21 (33,9%) presentaron disfagia leve y 19 (30,6%) moderada, siendo necesaria la colocación de una SNG en 24 (38,7%) pacientes. A los 7 días fueron alta 30 (48,4%) pacientes, falleciendo durante el ingreso 17 (27,4%). Las variables independientes que se incluyeron en el modelo como influyentes sobre la mortalidad intrahospitalaria fueron: sepsis (p = 0,032), afectación de territorio posterior (p = 0,002), disfagia moderada (p = 0,007) y número de neutrófilos (p = 0,015), pudiéndose clasificar mediante este modelo el 85,2% de los casos. Los resultados mostraron que la presencia de afectación del territorio posterior aumentaba el riesgo de muerte aproximadamente 73 veces más, seguido de la presencia de disfagia moderada 18 veces más, y de sepsis 6 veces más.

Discusión: La infección respiratoria asociada a ictus afecta a un 6-10% de los pacientes, incrementando el riesgo de mortalidad, sobre todo en los primeros días. La disfagia es uno de los principales factores de riesgo para presentar infección respiratoria post-ictus, y la afectación del territorio vascular posterior (tronco-cerebral), así como los ictus hemisféricos extensos pueden conducir a ella. En el presente estudio se demuestra la relación entre la disfagia, la afectación de territorio posterior y la mortalidad. Por otro lado, las variables que reflejan gravedad de la infección como la presencia de sepsis y el número de neutrófilos, que traducen mayor respuesta sistémica frente a la infección, también se asocian a mayor mortalidad.

Conclusiones: Se propone la presencia de disfagia moderada, afectación de territorio posterior, sepsis y aumento del número de neutrófilos como variables pronósticas que identifiquen a los pacientes con infección respiratoria con alto riesgo de mortalidad. Estas variables podrían usarse para la realización de un score pronóstico, que permita la toma de decisiones clínicas y terapéuticas, aunque son necesarios más estudios para confirmar estos hallazgos.

0014-2565 / © 2017, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.