Rev Clin Esp. 2013;213(Espec Congr):132

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

A-60. - NEUMONÍA NEUMOCÓCICA BACTERIÉMICA: ANÁLISIS DE MARCADORES INFLAMATORIOS, ESCALAS PRONÓSTICAS Y FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD

D. Fole Vázquez[1], M. Fernández Almira[2], A. Pando Sandoval[1], M. Ariza Prota[1], M. García Clemente[1], C. Quezada Loaiza[1], L. Molinos Martín[1], P. Casán Clará[1]

[1]Servicio de Neumología, [2]Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

Resumen

Objetivos: Evaluar la utilidad de diferentes escalas pronósticas y marcadores inflamatorios en la predicción de mortalidad de pacientes con neumonía neumocócica bacteriémica (NNB).

Métodos: Estudio retrospectivo en el que incluimos los pacientes diagnosticados de NNB en nuestro hospital de enero 2008 a junio 2012. Se elaboró un protocolo de recogida de datos demográficos, patología asociada, determinación de proteína C reactiva (PCR) y procalcitonina (PCT), puntuación en las siguientes escalas pronósticas: PSI, CURB65, mATS, BTSm, escala de sepsis y Apache II y mala evolución (mortalidad intrahospitalaria e ingreso en UCI).PCT se eleva de forma significativa en pacientes con ingreso en UCI, APACHE mayor de 15 y estratificación de riesgo como grave en las escalas de ATSm y BTSm. Los principales factores predictores de mortalidad en nuestra serie fueron una puntuación APACHE II y valores de PCT mayores de 15, PSI mayor de 5 y deterioro del nivel de conciencia. Las mejores escalas pronósticas según las curvas ROC fueron las escalas de sepsis, APACHE mayor de 15 y PSI mayor de 5, tanto de forma aislada como combinadas con la PCT

Resultados: 89 pacientes (51 varones, 57,3%), con una edad media 67,8 (25-98). Patología asociada: tabaquismo 53,9%, enfermedad cardiológica 50,6%, enfermedad respiratoria 29,7%, neurológica 23,6%, DM 20,2%, enfermedad hepática 23,6, neoplasia sólida 14,6%, hematológica 11,2% y VIH 9%. Índice de Charlson: 2,24 (0-9). Episodio de NAC previa el 13,5% y el 14,6% estaba institucionalizado en residencia geriátrica. Ingresaron en UCI 26 pacientes (7 fallecieron) y fallecieron 20 pacientes (15 en los primeros 7 días). Sensibilidad de antigenuria de S. pneumoniae 74%. Resistencia a macrólidos 23 casos, clindamicina 15, quinolonas 2, cefalosporinas 1 y amoxicilina 4. PCT se eleva de forma significativa en pacientes que ingresan en UCI, APACHE mayor de 15 y riesgo severo en escalas ATSm y BTSm. Los principales factores de mortalidad fueron deterioro del nivel de conciencia, APACHE II mayor de 15, PSI V y PCT ? 15. Las mejores escalas pronósticas según curvas ROC fueron escala de sepsis, CURB-65 y PSI IV-V junto con PCT.

Discusión: En nuestro estudio se refleja nuevamente la importancia creciente de biomarcadores como la procalcitonina, tanto para diagnóstico y pronóstico como marcador muy sugestivo de infección de etiología bacteriana. Quizás debería postularse la procalcitonina como un criterio de ingreso por sí mismo o incluirse dentro de alguna escala pronóstica. De forma concordante con lo descrito previamente en la literatura, observamos que puntuaciones elevadas en escalas pronósticas como APACHE, de uso fundamentalmente en unidades de cuidados intensivos o del PSI, de uso clínico rutinario, se asocian a un peor pronóstico De todos

modos debido a la importancia de una correcta estratificación del riesgo en pacientes con diagnóstico de NNB, la mejor combinación sería la de un biomarcador como la PCT, combinado con cualquiera de las escalas mencionadas. De todos modos la decisión del clínico ha de ser en última instancia, mandatoria a la hora de decidir un ingreso en función de los posibles riesgos derivados.

Conclusiones: En la NNB, PCT se eleva de forma significativa en los grupos de riesgo de mayor gravedad según las escalas pronósticas. La puntuación Apache II tiene una alta correlación con la evolución en la NNB. Un valor de PCT ? 15 representa el mejor predictor de mortalidad y además combinada con las distintas escalas mejora su valor predictivo. Las reglas de mejor predicción de mortalidad en nuestra serie fueron Apache II ? 15 y PSI V combinadas con PCT. La NNB es una enfermedad grave con una alta mortalidad (22,5%).

0014-2565 / © 2013, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.