

Anexo II. Revisión sistemática preguntas clínicas de pronóstico

¿El índice de gravedad de la neumonía CURB-65 es superior a los otros índices pronósticos en la predicción de eventos adversos (hospitalización, admisión a UCI, conexión a ventilación mecánica (VM), estancia hospitalaria, muerte en el hospital y seguimiento a 30 días) en el adulto inmunocompetente con neumonía adquirida en la comunidad?

Evaluación de la gravedad en neumonía adquirida en la comunidad (19 estudios)

Autor, año, Publicación	Diseño, n, País	Objetivo	Resultados
<p>Aujesky D, 2005 Am J Med 2005; 118(4): 384-92</p>	<p>Cohorte prospectiva n: 3.181 adultos hospitalizados por NAC en 32 centros asistenciales, Estados Unidos.</p>	<p>Comparar PSI y CURB65 en la predicción de riesgo de muerte en el seguimiento a 30 días.</p>	<p>El índice de gravedad de la neumonía (clases de riesgo I-II) clasificó una mayor proporción de pacientes de bajo riesgo (68% [2152/3181]) comparado con CURB &lt;1 (51% [1635/3181]) o CURB-65 &lt;2 (61% [1952/3181]). Los pacientes de bajo riesgo identificados según el índice de gravedad de la neumonía tuvieron una mortalidad ligeramente menor (1,4% [31/2152]) comparado con los pacientes clasificados como bajo riesgo según el CURB (1,7% [28/1635]) o CURB-65 (1,7% [33/1952]). El área bajo la curva fue mayor para el índice de gravedad de la neumonía (0,81) que para las puntuaciones CURB (0,73) o CURB-65 (0,76) (p &lt; 0,001). En puntos de corte comparables, el índice de gravedad de la neumonía tuvo una sensibilidad más alta y un valor predictivo negativo algo más alto para la mortalidad que cualquiera de los puntajes del CURB-65. El <i>Pneumonia Severity Index</i> (PSI) tiene mayor poder discriminatorio para la mortalidad a corto plazo, define una mayor proporción de pacientes con bajo riesgo y es un poco más preciso para identificar a los pacientes con bajo riesgo comparado con el índice CURB-65.</p>
<p>Buising KL, 2006 Thorax 2006;61(5): 419-24</p>	<p>Cohorte prospectiva n: 392 adultos hospitalizados por NAC en un centro asistencial, Melbourne, Australia.</p>	<p>Comparar PSI, CURB65, score ATS y BTS modificado en la predicción de admisión a UCI y riesgo de muerte en el seguimiento a 30 días y/o necesidad de VM o uso de drogas vasoactivas.</p>	<p>La puntuación de gravedad BTS modificada funcionó mejor para los cuatro resultados. El PSI (clases IV-V) y CURB tuvieron un desempeño muy similar como herramientas predictivas para cada resultado. El rATS identificó bien la necesidad de ingreso a UCI pero no la mortalidad. El CURB-65 predijo bien la mortalidad pero se desempeñó peor cuando se evaluó la necesidad de UCI. Cuando se evaluó el resultado combinado, los mejores predictores fueron el puntaje de gravedad BTS modificado (sensibilidad 94,3%) y el puntaje PSI y CURB (sensibilidad 83,3% para ambos). Predicción de mortalidad a 30 días PSI: S: 97,3% y E: 47,9% CURB-65: S: 81,0% y E: 67,9% BTS modificado: S: 91,9% y E: 49,8% rATS: S: 40,5% y E: 84,6% Predicción admisión a UCI PSI: S: 84,0% y E: 45,4% CURB-65: S: 57,7% y E: 64,7% BTS modificado: S: 96,0% y E: 48,7% rATS: S: 92,0% y E: 87,3%</p>

<p>Bauer TT, 2006 J Intern Med 2006; 260(1):93-101</p>	<p>Cohorte prospectivo n: 1.343 adultos ambulatorios u hospitalizados atendidos en varios centros asistenciales de Alemania.</p>	<p>Comparar CURB, CRB-65 y CURB en la predicción del riesgo de muerte en el seguimiento a 30 días.</p>	<p>El AUC en la predicción del riesgo de muerte en el seguimiento a 30 días fue: CURB: 0,721, CRB-65: 0,785 y CURB: 0,793. En general, las puntuaciones de CURB, CRB y CRB-65 proporcionaron predicciones comparables para la muerte por NAC según las curvas ROC. Sin embargo, en pacientes hospitalizados, CRB clasificó erróneamente el 26% de los pacientes fallecidos en la categoría de bajo riesgo.</p>
<p>Ananda-Rajah MR, 2008 Scand J Infect Dis 2008; 40(4):293-300</p>	<p>Cohorte retrospectiva n: 408 adultos hospitalizados por NAC en un centro asistencial, Heidelberg, Australia.</p>	<p>Comparar PSI y CURB65 en la predicción de admisión a UCI y riesgo de muerte en el seguimiento a 30 días.</p>	<p>PSI clases IV/V fueron significativamente superior a la puntuación CURB-65 <math>\geq 3</math> para predecir la mortalidad a 30 días (94% vs 62%; <math>p &lt; 0,001</math>), y aquellos que necesitaron UCI (86% vs 61%; <math>p = 0,01</math>). Los pacientes identificados como de "bajo riesgo" por PSI (clases I/II), solo hubo 1 muerte y 1 ingreso en UCI en comparación con 8 muertes y 7 ingresos en UCI con puntajes CURB-65 de 0-1. Aunque es más fácil de usar, CURB-65 no es ni sensible ni específico para predecir la mortalidad en pacientes con NAC. Ninguna regla fue lo suficientemente precisa para predecir la necesidad de una UCI.</p>
<p>España PP, 2009 Chest 2009;135(6): 1572-9</p>	<p>Cohorte prospectiva n: adultos hospitalizados por NAC en cuatro centros asistenciales, Bizkaia, España.</p>	<p>Comparar CURB-65, PSI y SCAP en la predicción de la admisión a UCI, uso de VM, sepsis severa y fracaso de tratamiento. Cohorte interna: 1.189 NAC hospitalizados Cohorte externa: 671 NAC hospitalizados</p>	<p>Admisión a UCI CURB-65: S: 75,4% y E: 46,1%. AUC: 0,61 PSI: S: 70,2% y E: 56,6%. AUC: 0,63 SCAP: S: 80,7% y E: 68,4%. AUC: 0,75 Uso de VM CURB-65: S: 77,3% y E: 45,0%. AUC: 0,61 PSI: S: 81,8% y E: 55,6%. AUC: 0,69 SCAP: S: 86,4% y E: 65,9%. AUC: 0,76 Sepsis severa CURB-65: S: 76,3% y E: 56,4%. AUC: 0,66 PSI: S: 73,8% y E: 70,9%. AUC: 0,72 SCAP: S: 71,9% y E: 85,5%. AUC: 0,79 Fracaso de tratamiento CURB-65: S: 60,3% y E: 44,8%. AUC: 0,52 PSI: S: 58,9% y E: 56,0%. AUC: 0,57 SCAP: S: 54,8% y E: 66,6%. AUC: 0,61 Los pacientes clasificados como de alto riesgo por el índice SCAP mostraron mayores eventos adversos (ingreso a UCI: 35,8%, VM: 16,4%, sepsis grave: 98,5%, fracaso de tratamiento: 22,4%) que las clases de alto riesgo de PSI y CURB-65. El poder discriminador de SCAP, medido por el AUC, fue 0,75 para ingreso a UCI, 0,76 para ventilación mecánica, 0,79 para sepsis grave y 0,61 para fracaso del tratamiento en la cohorte de validación externa. Se encontraron diferencias de AUC comparado con PSI y CURB-65.</p>

<p>España PP, 2010 J Infect 2010;60(2): 106-13</p>	<p>Cohorte prospectiva n: 3.116 adultos ambulatorios y hospitalizados por NAC en cuatro centros asistenciales, Bizkaia, España.</p>	<p>Comparar CURB-65, PSI y SCAP en la predicción de riesgo de muerte en el seguimiento a 30 días. Cohorte interna: 2.404 NAC ambulatorios y hospitalizados Cohorte externa: 712 NAC hospitalizados</p>	<p>La mortalidad a 30 días aumentó directamente con el aumento de la puntuación de SCAP (clase 0: 0,5% a clase 4: 66,5% de riesgo) en la cohorte de validación interna, y de 1,3% a 29,2% en la cohorte externa (p&lt;0,001) con un AUC de 0,83 y 0,75, respectivamente (p: 0,024). El índice SCAP identificó al 62,4% (IC95% 58,8-66,0) de los pacientes de bajo riesgo, el PSI al 52,5% (IC95% 48,8-56,2) y CURB-65 al 46,2% (IC95% 42,5-49,9) en la cohorte externa. Los pacientes clasificados como de bajo riesgo por las tres reglas tuvieron una mortalidad a 30 días similar (SCAP: 2,5%, PSI: 1,6% y CURB-65: 2,7%). Predicción de mortalidad a 30 días (AUC) Cohorte interna: PSI: 0,81, CURB-65: 0,78, SCAP: 0,83. Cohorte externa: PSI: 0,79, CURB-65: 0,73, SCAP: 0,75.</p>
<p>Chalmers JD, 2010 Thorax 2010;65:878-83</p>	<p>Revisión sistemática n: 40 estudios CRB65: 11 estudios CURB-65: 17 estudio PSI: 31 estudios</p>	<p>Comparar CRB65, CURB65 y PSI en la predicción de la mortalidad a 30 días.</p>	<p>Mortalidad a 30 días CRB65: S: 94,4% y E: 38,3%. AUC: 0,82 CURB-65: S: 89,1% y E: 52,2%. AUC: 0,81 PSI: S: 91,4% y E: 49,5%. AUC: 0,82 PSI tuvo mayor AUC: 0,81 (SE 0,008), en comparación con CURB-65: 0,80 (SE 0,008) y CRB-65: 0,79 (0,01). Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Las características de rendimiento fueron similares a través de puntos de corte comparables para riesgo bajo, intermedio y alto para cada índice. En la identificación de pacientes de bajo riesgo, PSI (grupos I y II) tuvo la mejor relación de probabilidad negativa 0,08 (0,06-0,12) en comparación con CURB65 (puntuación 0-1) 0,21 (0,15-0,30) y CRB65 (puntuación 0), 0,15 (0,10-0,22).</p>
<p>Loke YK, 2010 Thorax 2010;65:884-90</p>	<p>Revisión sistemática n: 23 estudios y 22.753 adultos con NAC. CRB65: 10 estudios CURB: 5 estudios CURB-65: 12 estudio PSI: 16 estudios</p>	<p>Comparar CRB65, CURB, CURB65 y PSI en la predicción de la mortalidad a 30 días.</p>	<p>Mortalidad a 30 días CRB65: S: 33% y E: 92%. CURB: S: 63% y E: 77%. CURB-65: S: 62% y E: 79%. PSI: S: 90% y E: 53%. Los odds ratios diagnósticos de mortalidad fueron 10,77 (PSI), 6,40 (CURB-65), 5,97 (CRB-65) y 5,75 (CURB). En general, PSI tuvo la sensibilidad más alta y la especificidad más baja para la mortalidad, CRB-65 fue la prueba más específica (pero menos sensible) y CURB-65/CURB se encontraba entre ambas. Los valores predictivos negativos para la mortalidad fueron similares entre las pruebas, oscilando entre 0,94 (CRB-65) y 0,98 (PSI), mientras que los valores predictivos positivos oscilaron entre 0,14 (PSI) y 0,28 (CRB-65).</p>
<p>Chalmers JD, 2011 Intensive Care Med 2011;37(9):1409-20</p>	<p>Revisión sistemática n: 28 estudios PSI: 26 estudios CURB65: 11 estudios ATS-2001: 11 estudios ATS/IDSA-2007: 5 estudios</p>	<p>Comparar CRB65, CURB65, PSI, criterios ATS 2001 y 2007 en la predicción de admisión a UCI.</p>	<p>El análisis estuvo limitado debido a grandes variaciones en los criterios de ingreso a la UCI, las tasas de ingreso a la UCI y las características de los pacientes entre diferentes estudios y diferentes sistemas de atención de salud. En el análisis combinado, PSI, CURB65 y CRB65 se desempeñaron de manera similar en términos de sensibilidad y especificidad en una variedad de puntos de corte. Los pacientes con CURB65: 0 tenían el riesgo más bajo de ingreso a la UCI (razón de probabilidad negativa 0,14; IC95%: 0,06-0,34), mientras que los criterios ATS 2001 tenían la razón de probabilidad positiva más alta (7,05; IC95%: 4,39-11,3). PSI: S: 74,1% (IC95% 72,3-75,8) y E: 47,9% (IC95% 47,3-48,6). CURB-65: S: 48,8% (IC95% 45,9-51,7) y E: 74,0% (IC95% 73,2-74,9). ATS-2001: S: 66,7% (IC95% 63,3-70,0) y E: 84,6% (IC95% 83,5-85,7). ATS/IDSA-2007: S: 61,2% (IC95% 58,0-64,3) y E: 88,6% (IC95% 87,7-89,4).</p>

<p>Saldías F, 2011 Rev Chil Infect 2011; 28(4):303-9</p>	<p>Cohorte prospectiva n: 151 adultos hospitalizados por NAC neuromocócica en un centro asistencial, Santiago, Chile.</p>	<p>Comparar CURB65, PSI y SCAP en la predicción de admisión a UCI, uso VM, complicaciones en el hospital y mortalidad a 30 días.</p>	<p>AUC admisión a UCI CURB-65: 0,709 PSI: 0,669 SCAP: 0,727 AUC uso VM CURB-65: 0,737 PSI: 0,789 SCAP: 0,899 AUC complicaciones en el hospital CURB-65: 0,683 PSI: 0,715 SCAP: 0,717 AUC mortalidad a 30 días CURB-65: 0,692 PSI: 0,804 SCAP: 0,763 El PSI permitió predecir el riesgo de muerte con mayor precisión que el CURB-65 y CRB-65; mientras que el SCAP permitió predecir la conexión a ventilador mecánico con mayor exactitud. La capacidad de predecir la admisión a UCI y el desarrollo de complicaciones en el hospital fue similar para los distintos índices.</p>
<p>Marti C, 2012 Crit Care 2012;16(4): R141</p>	<p>Revisión sistemática PSI: 24 estudios CURB-65: 9 estudios ATS-2001: 8 estudios ATS/IDSA: 4 estudios SMART-COP y SCAP: 2 estudios</p>	<p>Comparar CURB65, PSI, ATS-2001, ATS/IDSA-2007, SCAP y SMART-COP en la predicción de admisión a UCI</p>	<p>AUC admisión a UCI CURB-65: 0,69 PSI: 0,69 El AUC estimado de PSI y CURB-65 para predecir el ingreso a UCI fue 0,69. Entre los puntajes propuestos para la predicción de la admisión en la UCI, los puntajes ATS-2001 y ATS/IDSA 2007 tuvieron AUC, con una sensibilidad de 70% (IC, 61 a 77) y 84% (48 a 97) y una especificidad de 90% (IC, 82 a 95) y 78% (46 a 93), pero su utilidad clínica está limitada por el uso de criterios mayores. Los criterios menores de ATS/IDSA 2007 tienen buena especificidad de 91% (IC95%, 84 a 95) y sensibilidad moderada de 57% (IC95%, 46 a 68). SMART-COP y SCAP tienen una buena sensibilidad: 79% (IC95%, 69 a 97) y 94% (IC95%, 88 a 97) y especificidad moderada: 64% (IC95%, 30 a 66) y 46% (IC95%, 27 a 66).</p>
<p>Yan Y, 2012 Chin Med J 2012;125(4): 639-45</p>	<p>Cohorte retrospectiva n: 675 adultos hospitalizados por NAC en un centro asistencial, Hangzhou, China.</p>	<p>Comparar CURB-65, PSI y sepsis score en la predicción de riesgo de muerte en el seguimiento a 30 días.</p>	<p>El AUC en la predicción de la mortalidad fue 0,94, 0,91 y 0,89 para el PSI, CURB-65 y score de sepsis, respectivamente.</p>
<p>Alavi-Moghaddam M, 2013 Braz J Infect Dis 2013; 17(2):179-83</p>	<p>Cohorte prospectiva n: 200 adultos hospitalizados por NAC en un centro asistencial, Teherán, Irán.</p>	<p>Comparar PSI y CURB65 en la predicción de admisión a UCI y riesgo de muerte en el seguimiento a 30 días.</p>	<p>La sensibilidad y especificidad de CURB-65 para predecir la mortalidad fueron del 100% y 82,3%. El índice de gravedad de la neumonía, la sensibilidad fue 100% y especificidad fue 75%. La sensibilidad y especificidad de CURB-65 y el índice de gravedad de la neumonía en la predicción de necesidad de ingreso en UCI fueron 96,7% y 89,3%, y 90% y 78,7%, respectivamente. PSI y CURB-65 mostraron alto valor predictivo negativo y bajo valor predictivo positivo en la predicción de la mortalidad y la necesidad de ingreso en la UCI. PSI y CURB-65 demostraron similar sensibilidad y especificidad para predecir eventos adversos: admisión a UCI y mortalidad a 30 días.</p>

<p>Liu JL, 2016 Sci Rep 2016; 6:22911</p>	<p>Cohorte retrospectiva n: 1.640 adultos hospitalizados en un centro asistencial de Hangzhou, China y 1.164 adultos hospitalizados en un centro asistencial de Roma, Italia.</p>	<p>Comparar expanded CURB65, PSI, CURB65, SMART-COP y A-DROP en la predicción de riesgo de muerte en el seguimiento a 30 días.</p>	<p>El AUC en la predicción de la mortalidad a los 30 días en la cohorte principal fueron 0,826 (IC 95 %, 0,807–0,844), 0,801 (IC95%, 0,781–0,820), 0,756 (IC 95 %, 0,735–0,777), 0,793 (IC 95%, 0,773–0,813) y 0,759 (IC95%, 0,737–0,779) para CURB-65 expandido, PSI, CURB-65, SMART-COP y A-DROP, respectivamente. En la cohorte de validación, entre los pacientes con NAC, el AUC para la predicción de la mortalidad a los 30 días fueron 0,772 (IC95%, 0,710–0,834), 0,748 (IC95%, 0,691–0,806), 0,663 (IC95%, 0,599–0,728), 0,716 (IC95%, 0,655–0,776) y 0,679 (IC95%, 0,602–0,755) para expandido CURB-65, PSI, CURB-65, SMART-COP y A-DROP, respectivamente.</p>
<p>Al-Tawfiq JA, 2017 J Infect Dev Ctries 2017; 11(10):811-14</p>	<p>Cohorte retrospectiva n: 1.786 adultos hospitalizados por NAC en un centro asistencial, Dhahran, Arabia Saudita.</p>	<p>Predicción de la mortalidad a 30 días del CURB-65</p>	<p>Las tasas de mortalidad a 30 días para las puntuaciones CURB-65 0, 1, 2, 3 y 4/5 fueron 1,8%, 4,3%, 10,2%, 14% y 21,9%, respectivamente.</p>
<p>Saldias F, 2017 Rev Med Chile 2017; 145:694-702</p>	<p>Cohorte prospectiva n: 659 adultos hospitalizados por NAC en un centro asistencial, Santiago, Chile.</p>	<p>Comparar CURB65, PSI, SCAP y SMART-COP en la predicción de admisión a UCI, uso VM, complicaciones en el hospital y mortalidad a 30 días.</p>	<p>AUC admisión a UCI CURB-65: 0,70 PSI: 0,73 SCAP: 0,76 SMART-COP: 0,75 AUC uso VM CURB-65: 0,65 PSI: 0,75 SCAP: 0,78 SMART-COP: 0,84 AUC complicaciones en el hospital CURB-65: 0,67 PSI: 0,71 SCAP: 0,71 SMART-COP: 0,68 AUC mortalidad a 30 días CURB-65: 0,75 PSI: 0,83 SCAP: 0,81 SMART-COP: 0,77 El PSI y SCAP permiten predecir la admisión a UCI, conexión a ventilador mecánico y la mortalidad en el seguimiento a 30 días con bastante especificidad y un elevado valor predictivo positivo pero son poco sensibles; mientras que el SMART-COP es muy sensible pero poco específico para predecir estos eventos adversos. El rendimiento diagnóstico del CURB-65 y CRB-65 es inferior a los otros índices pronósticos en la pesquisa de eventos adversos serios. El PSI y el SCAP permiten predecir el riesgo de muerte en el seguimiento a 30 días con alta precisión y especificidad. Los índices de neumonía comunitaria severa, SCAP y SMART-COP, permiten predecir la admisión a UCI y conexión a ventilador mecánico con bastante precisión. Las categorías de riesgo elevado de los cuatro índices pronósticos se asociaron a estancias más prolongadas en el hospital. El rendimiento de los índices pronósticos difiere significativamente en la pesquisa de eventos adversos clínicamente relevantes en el adulto inmunocompetente hospitalizado por neumonía adquirida en la comunidad.</p>

<p>Ma CM, 2021 Diabetes Metab Syndr Obes 2021;14:1359-66</p>	<p>Cohorte retrospectiva n: 2.365 adultos hospitalizados en un centro asistencial, Qinhuangdao, China.</p>	<p>Predicción de la mortalidad en el hospital del CURB-65 en población adulta con y sin diabetes mellitus.</p>	<p>El AUC para predecir la mortalidad hospitalaria fueron 0,728 a 0,798 en pacientes sin DM2 (CURB-65: 0,728, CURB-65: 0,757 y PSI: 0,798) y 0,641 a 0,716 en pacientes con DM2 (CURB-65: 0,641, CURB-65: 0,677 y PSI: 0,716) (p&lt;0,001). El AUC de PSI fue menor en pacientes con DM2 que en pacientes sin DM2 (P&lt;0,05). Para pacientes no diabéticos, la sensibilidad de CURB-65 fue 45,0% y la especificidad fue 86, %; la sensibilidad de CURB-65 fue 70,0% y la especificidad fue 70,2%; la sensibilidad de PSI fue 83,8% y la especificidad fue 68,0%. Para los pacientes con DM2, la sensibilidad de CURB-65 fue 40,4% y la especificidad fue 83,1%; la sensibilidad de CURB-65 fue 72,3% y la especificidad fue 59,5%; la sensibilidad de PSI fue 83,0% y la especificidad fue 49,0%.</p>
<p>Guo Q, 2022 Am J Emerg Med 2022; 52:1-7</p>	<p>Cohorte prospectiva n: 2.116 adultos hospitalizados en dos centros asistenciales, Guangdong, China.</p>	<p>Predicción de la mortalidad en el hospital del CURB-65, PSI, criterios menores ATS y qSOFA.</p>	<p>qSOFA tuvo una mayor correlación con la mortalidad que los criterios menores ATS, así como una mayor consistencia interna. qSOFA <math>\geq 2</math> fue menos sensible pero más específico para predecir la mortalidad que <math>\geq 3</math> criterios menores ATS (qSOFA sensibilidad 59,6%, especificidad 88,3% y razón de probabilidad positiva 5,11 versus <math>\geq 3</math> criterios menores sensibilidad 80,1%, especificidad 65,8% y razón de probabilidad positiva 2,34). La validez predictiva de qSOFA fue buena para la mortalidad (AUC: 0,868), fue estadísticamente mayor que los criterios menores ATS, fue igual al índice de gravedad de la neumonía y fue inferior en comparación con CURB-65 (AUC: 0,824, 0,902 y 0,919, respectivamente).</p>
<p>Memon RA, 2022 Cureus 2022;14(7): e27248</p>	<p>Revisión sistemática n: 9 estudios y 2.654 adultos hospitalizados por NAC.</p>	<p>Rendimiento de SMART-COP en la predicción de uso VM o drogas vasoactivas (IRVS) y mortalidad a 30 días.</p>	<p>La sensibilidad combinada de la puntuación SMART-COP para predecir el uso de IRVS es 89% (IC95%: 84%-92%), mientras que su especificidad es 68% (IC95%: 65%-70%). La sensibilidad combinada de la puntuación SMART-COP para predecir la mortalidad a los 30 días es 92% (IC95%: 89%-94%), mientras que su especificidad es 39% (IC95%: 37%-42%). SMART-COP es un nuevo instrumento de ocho variables que parece identificar con precisión a los pacientes con NAC que requerirán IRVS y mortalidad a los 30 días.</p>

<b>CURB65: 8 estudios</b>	<b>Mortalidad</b>	<b>Admisión a UCI</b>
Capelastegui A et al. 2006	0,87 (0,84-0,90)	0,60 (0,55-0,64)
Man SY et al. 2007	0,73 (0,69-0,79)	0,62 (0,55-0,67)
Buising KL et al. 2007	0,82 (0,76-0,88)	0,66 (0,56-0,76)
Chalmers JD et al. 2008	0,76 (0,74-0,79)	0,78 (0,75-0,81)
Charles PG. 2008	0,74 (0,70-0,78)	0,62 (0,56-0,67)
Phua J et al. 2009	0,82 (0,78-0,85)	0,68 (0,63-0,72)
Saldías F et al. 2011	0,69 (0,61-0,76)	0,71 (0,63-0,78)
Saldías F et al. 2017	0,75 (0,71-0,78)	0,70 (0,66-0,73)

<b>CRB65: 4 estudios</b>	<b>Mortalidad</b>	<b>Admisión a UCI</b>
Man SY et al. 2007	0,69 (0,63-0,75)	0,57 (0,52-0,61)
Chalmers JD et al. 2008	0,74 (0,71-0,77)	0,77 (0,74-0,79)
Saldías F et al. 2011	0,66 (0,58-0,73)	0,69 (0,61-0,76)
Saldías F et al. 2017	0,72 (0,68-0,75)	0,67 (0,63-0,70)

<b>PSI: 19 estudios</b>	<b>Mortalidad</b>	<b>Admisión a UCI</b>
Ewig S et al. 2000	0,82 (0,75-0,89)	0,72 (0,65-0,78)
Feagan BG et al. 2000	0,70 (0,67-0,73)	0,59 (0,56-0,62)
Rosón B et al. 2001	0,78 (0,75-0,82)	0,71 (0,66-0,75)
Van der Eerden MM et al. 2004	0,79 (0,73-0,84)	0,79 (0,73-0,84)
Lamy O et al. 2004	0,70 (0,59-0,82)	0,56 (0,49-0,63)
Ewig S et al. 2004	0,71 (0,66-0,76)	0,66 (0,63-0,70)
Migliorati PL et al. 2006	0,80 (0,74-0,87)	0,76 (0,66-0,86)
Marric TJ et al. 2007	0,77 (0,75-0,78)	0,59 (0,58-0,61)
Man SY et al. 2007	0,74 (0,69-0,79)	0,60 (0,55-0,65)
Buising KL et al. 2007	0,82 (0,76-0,87)	0,69 (0,59-0,77)
Renaud B et al. 2007	0,85 (0,81-0,88)	0,62 (0,59-0,64)
Renaud B et al. 2007	0,89 (0,85-0,93)	0,58 (0,51-0,64)
Etzion O et al. 2007	0,79 (0,74-0,84)	0,85 (0,78-0,91)
Restrepo MI et al. 2008	0,72 (0,68-0,76)	0,70 (0,67-0,73)
Garau J et al. 2008	0,77 (0,76-0,79)	0,62 (0,59-0,64)
Ananda-Rajah MR et al. 2008	0,72 (0,68-0,76)	0,58 (0,53-0,63)
Charles PG. 2008	0,79 (0,75-0,83)	0,69 (0,63-0,74)
Saldías F et al. 2011	0,80 (0,73-0,86)	0,67 (0,59-0,74)
Saldías F et al. 2017	0,83 (0,80-0,86)	0,73 (0,70-0,77)