Rev Clin Esp. 2018;218(Espec Congr):399

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

# I-054 - ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE PROTEÍNA C REACTIVA Y PROCALCITONINA DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN MEDICINA INTERNA CON DIAGNÓSTICO DE PROCESO INFECCIOSO Y ESTUDIAR SU RELACIÓN CON LA PRESENCIA DE BACTERIEMIA Y LA MORTALIDAD DURANTE EL INGRESO

*C. Roig Marti[1], I. Pérez Catalán[1], A. Cardenal Álvarez[1], Á. Cubides Montegro[1], J. Usó Blasco[1] y F. Guerrero Jiménez[2]*

*[1]Medicina Interna, [2]Urgencias Generales. Hospital General de Castelló. Castellón.*

## Resumen

*Objetivos:* Analizar valores de proteína C reactiva (PCR) y procalcitonina en pacientes que ingresan en Medicina Interna desde el servicio de Urgencias con diagnóstico de patología infecciosa entre noviembre de 2017 y febrero de 2018 y su relación con bacteriemia y mortalidad en el ingreso. Además se estudiará la relación de PCR y procalcitonina con obtención qSOFA ≥ 2 al ingreso.

*Material y métodos:* Estudio analítico prospectivo de pacientes ingresados con diagnóstico de proceso infeccioso desde Urgencias en Medicina Interna del Hospital General de Castellón desde noviembre de 2017 hasta febrero de 2018. Criterio inclusión: pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna con sospecha de proceso infeccioso desde Urgencias. Criterio exclusión: pacientes en cuya historia electrónica conste administración de antibioterapia empírica en Urgencias pero no se detalle la hora de administración. Variables principales: valor de PCR y procalcitonina al ingreso, presencia de bacteriemia o no durante el ingreso, estancia media y mortalidad al ingreso. Variables secundarias: edad, sexo, diabetes mellitus, inmunosupresión farmacológica, enfermedad hematológica, cirrosis hepática, insuficiencia renal crónica y qSOFA a su llegada a Urgencias. Los datos se recogen a través de historia clínica electrónica. Se realiza estudio descriptivo de la muestra, test de U de Mann Whitney y correlación de Spearman.

*Resultados:* Se incluyeron 206 pacientes de 76 años de media. 97 varones. 57 con insuficiencia renal (10 en diálisis), 54 diabéticos, 11 con tratamiento inmunosupresor y 6 con patología hematológica. 48 pacientes presentaban qSOFA ≥ 2. Mortalidad global del 15%. Estancia media 8,2 días. El valor medio de PCR en el momento de ingreso de los pacientes con patología infecciosa ingresados en Medicina interna que no fallecen y que sí que lo hacen durante su estancia hospitalaria es respectivamente 161,7 mg/L y 215,4 mg/L (p = 0,132). Por otro lado el valor medio de procalcitonina en este mismo contexto de pacientes que no fallecen y que sí lo hacen es 4,08 ng/mL y 6,07 ng/mL (p = 0,342). La PCR media obtenida en pacientes en los que no se objetiva bacteriemia es de 172 mg/L, frente a 276 mg/L en aquellos que sí la desarrollan (p = 0,02). En el caso de la procalcitonina el valor medio de aquellos pacientes que no desarrollan bacteriemia es de 4,38 ng/mL y de 12,5 ng/mL en aquellos pacientes con aislamientos positivos en hemocultivos (p = 0,01). Por otro lado, la PCR y procalcitonina media de aquellos pacientes con qSOFA ≥ 2 es de forma respectiva 202,5 mg/L y 6,07

ng/mL (p = 0,043) y en aquellos con un Qsofa < 2 de 159,8 mg/L y 3,9 ng/mL (p = 0,051). La correlación de PCR y procalcitonina con días de ingreso es mínima de 0,152 (p = 0,03) y 0,095 (p = 0,232) respectivamente según el coeficiente de Spearman.

*Discusión:* En la muestra estudiada no se observan diferencias significativas de PCR y procalcitonina entre pacientes que fallecen o no durante el ingreso; sin embargo los pacientes con bacteriemia sí que presentaron mayores cifras tanto de PCR como de procalcitonina. Los pacientes que han obtenido al ingreso un qSOFA ≥ 2 con respecto al resto, obtienen de forma significativa, mayor valor PCR pero no de procalcitonina lo cual podría deberse al pequeño tamaño muestral.

*Conclusiones:* En los pacientes de nuestra muestra, la elevación de PCR y procalcitonina resultaría ser de gran ayuda para la sospecha precoz de bacteriemia y por tanto utilización de antibioterapia empírica para mejorar el pronóstico de los pacientes, pero no resultaría ser predictor de estancia hospitalaria ni de mortalidad.

I-055

INFLUENCIA DEL ACIERTO DE LA ANTIBIOTERAPIA EMPÍRICA EN URGENCIAS EN LA MORTALIDAD Y LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA POR PROCESO INFECCIOSO

I. Pérez Catalán[1], C. Roig Martí[1], A. Cardenal Álvarez[1], Á. Cubides Montenegro[1], F. Guerrero Jiménez[2] y J. Usó Blasco[1]

[1]Medicina Interna, [2]Urgencias. Hospital General de Castelló. Castellón.

*Objetivos:* Analizar el porcentaje de acierto de la antibioterapia empírica administrada en urgencias en pacientes que ingresan en un servicio de Medicina Interna por proceso infeccioso que presentarán aislamiento microbiológico y su influencia sobre la mortalidad durante el ingreso y la estancia hospitalaria. Estudiar las características clínico- epidemiológicas de los ingresados en el servicio con proceso infeccioso.

*Material y métodos:* Estudio analítico prospectivo de los pacientes ingresados con infección desde urgencias en Medicina Interna del Hospital General de Castellón desde noviembre de 2017 hasta febrero de 2018. Criterio de exclusión: casos en los que no se obtiene aislamiento microbiológico. Variables principales: administración o no de antibioterapia empírica en urgencias, germen aislado y su sensibilidad al antibiótico empleado, mortalidad durante el ingreso y estancia hospitalaria. Variables secundarias: características clínico-epidemiológicas del paciente, presencia o no de bacteriemia y qSOFA a su llegada a urgencias. Se realiza test $\chi^2$, prueba t-Student para muestras independientes y U de Mann Whitney.

*Resultados:* 86 pacientes, edad media de 77 años, 35 varones. 19 diabéticos, 5 con tratamiento inmunosupresor, 2 con patología hematológica, 23 con insuficiencia renal (4 en diálisis). Los aislamientos microbiológicos fueron bacterianos salvo en 13 ocasiones por gripe y 1 por rotavirus. La antibioterapia empírica fue correcta en 42 pacientes (48,8%), errónea en 22 (25,6%) y no se administró en 22 pacientes (25,6%). Acierto de la antibioterapia empírica según antibiograma del 65,6% de entre los pacientes que recibieron antibioterapia empírica en urgencias. No había diferencias estadísticamente significativas en cuanto a qSOFA a su llegada y bacteriemia entre los pacientes que recibían un antibiótico correcto a su ingreso y los que no (9 pacientes con qSOFA≥ 2 y 12 respectivamente) (13 bacteriemias frente a 7) y tampoco en el resto de variables estudiadas (edad, diabetes, inmunosupresión, patología hematológica, insuficiencia renal, cirrosis y PCR y procalcitonina a su llegada). Mortalidad global durante el ingreso de 16,3%. Estancia media de 8,5

días. Mortalidad para el grupo que recibe antibioterapia empírica correcta 20% frente al 18,9% en el resto (p = 0,924). Estancia media para el grupo que recibe antibioterapia empírica correcta de 7,9 días frente a 8,3 días en el resto (p = 0,761).

*Discusión:* Menos de la mitad de los pacientes que ingresaron en nuestro servicio de Medicina Interna por proceso infeccioso recibieron antibioterapia empírica en urgencias adecuada según sensibilidad de los aislamientos microbiológicos obtenidos durante el ingreso. Además, de entre los que reciben antibioterapia empírica en urgencias, únicamente el 65,6% reciben un antibiótico que será efectivo frente al microorganismo que se aislará. No obstante, la administración o no de antibioterapia empírica adecuada en urgencias no parece influir en la mortalidad durante el ingreso ni en la estancia hospitalaria. Ambos grupos (los que reciben un antibiótico adecuado frente a los que no o no reciben) eran similares en cuanto a las variables analizadas, incluyendo qSOFA a su llegada y presencia o no de bacteriemia. Estos resultados podrían estar influidos por el tamaño muestral o por otras comorbilidades.

*Conclusiones:* Según los resultados, la administración o no de antibioterapia empírica en urgencias en pacientes ingresados en Medicina Interna por proceso infeccioso y su adecuación o no según antibiograma no disminuiría la mortalidad ni la estancia hospitalaria. Esto apoya la idea de que el inicio de la antibioterapia empírica en muchas ocasiones no es urgente y podría demorarse hasta la obtención de aislamientos, salvo que el paciente se encuentre inestable.

0014-2565 / © 2018, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.