

VALOR DIAGNÓSTICO DE LA PROCALCITONINA EN MENORES DE 3 MESES CON FIEBRE SIN FOCO Y BUEN ESTADO GENERAL.

B. Gómez¹, S. Bressan ², S. Mintegi¹, L. Da Dalt³, *D. Blázquez⁴, I. Olaciregui⁵, M. De la Torre⁶, M. Palacios⁷, P. Berlese², A. Ruano⁸.

¹Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, España; ² Departamento de Pediatría. Universidad de Padova. Padova, Italia.; ³ Hospital Ca' Foncello. Treviso, Italia; ⁴ Sección de Enfermedades Infecciosas e Inmunodeficiencias. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid, España; ⁵ Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Donostia. Donosti, España; ⁶ Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid, España; ⁷ Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona, España; ⁸Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao, España.

*Daniel Blázquez

Avenida de Córdoba S/N 28041, Madrid

Hospital Universitario 12 de Octubre. Sección de Enfermedades Infecciosas e Inmunodeficiencias. Servicio de Pediatría. Teléfono: 635056852 e-mail: danielblazquez@hotmail.com

Antecedentes y Objetivos: En los últimos años la determinación sistemática de la procalcitonina (PCT) se ha incorporado en los protocolos de manejo del lactante con fiebre sin foco (FSF). Sin embargo, la utilidad de este marcador entre los lactantes menores de 3 meses no está bien establecida. El objetivo del estudio fue valorar la utilidad de la PCT en el diagnóstico de infección bacteriana invasiva (IBI) entre los lactantes menores de 90 días de vida con FSF y buen estado general. Como objetivo secundario, se estudió su rendimiento entre aquellos lactantes con tira reactiva normal y fiebre de corta evolución.

Métodos: Se incluyeron de manera retrospectiva aquellos lactantes menores de 90 días con FSF y buen estado general atendidos en cinco hospitales españoles y dos italianos. El periodo de estudio comprendió desde el 31/12/2010 retrospectivamente hasta un máximo de 3 años (1/1/2008) en función de la fecha en la que se introdujo la PCT en cada centro. Se definió IBI como el aislamiento de una bacteria patógena en sangre o líquido cefalorraquídeo.

Resultados: Se registraron 533.133 episodios, correspondiendo 1.531 (0,28%) a lactantes menores de 90 días con FSF. Se incluyeron en el estudio los 1.112 lactantes en los que se había determinado la PCT y se había realizado un hemocultivo. Se diagnosticó una IBI en 23 niños (2.1%). Mediante análisis multivariante en el que se incluyeron datos clínicos y de laboratorio, sólo la PCT se identificó como factor de riesgo independiente de IBI (OR 21.69; IC 95%: 7.93-59.28). Las razones de verosimilitud para positivos (LR+) para PCT \geq 2ng/ml y proteína C reactiva (PCR) >40 mg/l fueron de 11.14 (IC 95% 7.81-15.89) y 3.45 (IC 95% 2.20-5.42), respectivamente. El LR- para PCT<0,5 ng/ml y PCR<20 mg/l fueron de 0.25 (IC 95% 0.12-0.55) y 0.41 (IC 95% 0.22-0.76), respectivamente. En el subgrupo de pacientes con tira reactiva de orina normal y fiebre de corta evolución (<6 horas), las áreas bajo la curva ROC para PCT y PCR fueron de 0.819 y 0.563 respectivamente.

Conclusiones: Entre los lactantes menores de 90 días con FSF y buen estado general la procalcitonina es mejor marcador que la PCR para la identificación de aquellos pacientes con IBI y parece también el mejor marcador para descartar una IBI. Entre los pacientes con tira reactiva de orina normal y fiebre de corta evolución, la PCT es también el marcador de mayor utilidad para estos objetivos.

SOLICITADO..... ORAL