



2161 - USO EMPÍRICO DE ANTIBIÓTICOS EN MENINGITIS ASÉPTICA: ¿QUÉ SÍNTOMAS INFLUYEN EN LA DECISIÓN INICIAL?

Esperanza Ruiz Reyes, Laura Portillo Hidalgo, Carlos Jesús Mora Carrera, Inés Dutoit González y Belén Orquín Alonso

Medicina Interna, Hospital Universitario La Merced, Sevilla, España.

Resumen

Objetivos: La meningitis aséptica de perfil linfocitario constituye un reto diagnóstico frecuente en Medicina Interna, especialmente en fases iniciales donde los signos clínicos pueden orientar a una actitud terapéutica más o menos intervencionista. El objetivo de este estudio fue identificar qué síntomas clínicos al ingreso hospitalario se asocia con la decisión de iniciar tratamiento antibiótico empírico en pacientes con meningitis aséptica linfocitaria.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo en una cohorte de 54 pacientes adultos ingresados entre enero de 2023 y diciembre de 2024 en un hospital de tercer nivel con diagnóstico compatible con meningitis aséptica y pleocitosis linfocitaria en el análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR). Se recogieron variables clínicas al ingreso (fiebre $\geq 38^\circ\text{C}$, cefalea, rigidez de nuca y alteración del nivel de consciencia), así como la administración de tratamiento antibiótico empírico. Se han utilizado tablas de contingencia y la prueba de chi-cuadrado para evaluar asociaciones estadísticas, considerándose significativos los valores de $p < 0,05$.

Resultados: El 48,1% de los pacientes recibió antibioterapia empírica. La presencia de fiebre mostró una asociación estadísticamente significativa con el uso de antibióticos ($\chi^2 = 7,269$; $p = 0,007$), siendo tratados el 84,6% de los pacientes febriles frente al 50% de los afebriles. También se observó una asociación significativa con la alteración del nivel de consciencia (82,6% frente a 17,4%; $\chi^2 = 4,582$; $p = 0,032$). En contraste, la cefalea se relacionó inversamente con la antibioterapia: el 77,8% de los pacientes que referían cefalea no recibieron antibióticos ($\chi^2 = 4,293$; $p = 0,038$). La rigidez de nuca se observó en el 62,5% de los tratados frente al 37,5% de los no tratados, sin alcanzar significación estadística ($\chi^2 = 3,375$; $p = 0,066$). La mayoría de los pacientes de nuestra muestra evolucionaron favorablemente sin complicaciones.

Contingency Tables

Tratamiento antibiótico empírico
(sí/no)

Fiebre al ingreso (sí/no)	0	1	Total	
0	Count	14	14	28
% within row	50,000 %	50,000 %	100,000 %	
% within column	77,778 %	38,889 %	51,852 %	
% of total	25,926 %	25,926 %	51,852 %	
1	Count	4	22	26
% within row	15,385 %	84,615 %	100,000 %	
% within column	22,222 %	61,111 %	48,148 %	
% of total	7,407 %	40,741 %	48,148 %	
Total	Count	18	36	54
% within row	33,333 %	66,667 %	100,000 %	
% within column	100,000 %	100,000 %	100,000 %	
% of total	33,333 %	66,667 %	100,000 %	

Test χ^2

	Value	df	p
χ^2	7,269	1	0,007
N	54		

Contingency Tables

		Tratamiento antibiótico empírico (sí/no)		
Cefalea (sí/no)		0	1	Total
0	Count	9	28	37
% within row	24,324 %	75,676 %	100,000 %	
% within column	50,000 %	77,778 %	68,519 %	
% of total	16,667 %	51,852 %	68,519 %	
1	Count	9	8	17
% within row	52,941 %	47,059 %	100,000 %	
% within column	50,000 %	22,222 %	31,481 %	
% of total	16,667 %	14,815 %	31,481 %	
Total	Count	18	36	54
% within row	33,333 %	66,667 %	100,000 %	
% within column	100,000 %	100,000 %	100,000 %	
% of total	33,333 %	66,667 %	100,000 %	

Test χ^2

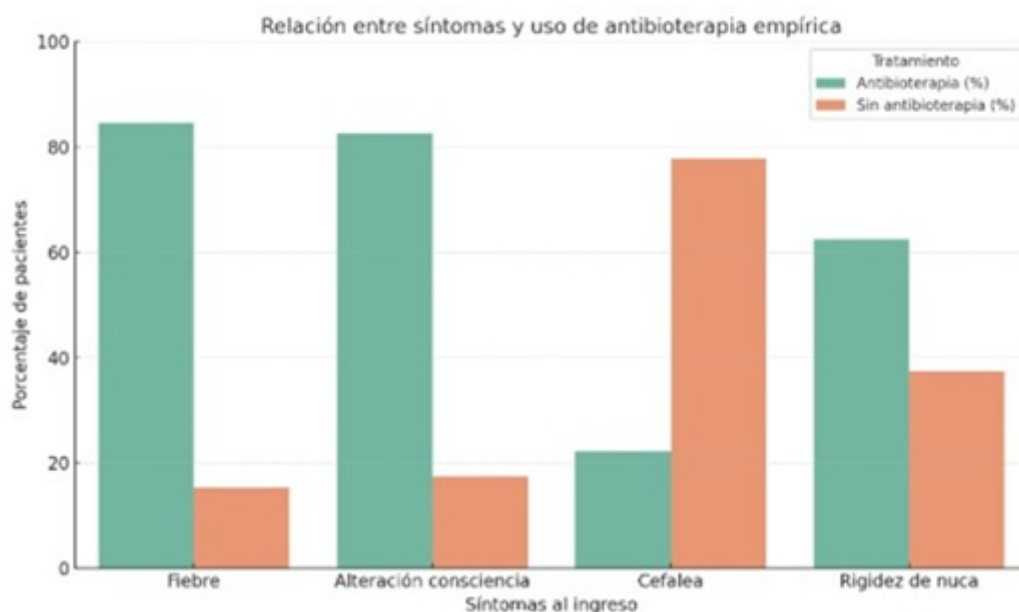
	Value	df	p
χ^2	4,293	1	0,038

Contingency Tables

		Tratamiento antibiótico empírico (sí/no0)		
Rigidez de nuca (sí1/no0)		0	1	Total
0	Count	18	30	48
% within row	37,500 %	62,500 %	100,000 %	
% within column	100,000 %	83,333 %	88,889 %	
% of total	33,333 %	55,556 %	88,889 %	
1	Count	0	6	6
% within row	0,000 %	100,000 %	100,000 %	
% within column	0,000 %	16,667 %	11,111 %	
% of total	0,000 %	11,111 %	11,111 %	
Total	Count	18	36	54
% within row	33,333 %	66,667 %	100,000 %	
% within column	100,000 %	100,000 %	100,000 %	
% of total	33,333 %	66,667 %	100,000 %	

Test ?²

	Value	df	p
χ^2	3,375	1	0,066
N	54		



Conclusiones: Estos resultados indican que, en contextos clínicos de diagnóstico incierto, la fiebre y la alteración del nivel de consciencia actúan como desencadenantes de una actitud terapéutica activa, mientras que la cefalea, probablemente por su asociación con formas virales, se vincula a un manejo más conservador. La rigidez de nuca, tradicionalmente considerada signo cardinal de meningitis, no demostró capacidad discriminativa en esta cohorte. Esta heterogeneidad en la interpretación clínica inicial subraya la necesidad de optimizar los algoritmos de decisión clínica mediante la integración de variables clínicas, parámetros analíticos y herramientas diagnósticas rápidas como la PCR multiplex en LCR, que permiten identificar agentes virales con precisión y rapidez, facilitando así una reducción del uso innecesario de antibióticos sin comprometer la seguridad del paciente. La implementación de modelos predictivos y la formación en la interpretación de biomarcadores y patrones clínicos podrían contribuir a una individualización más racional del tratamiento empírico en las infecciones del sistema nervioso central. Entre las limitaciones del estudio destacan su diseño retrospectivo, la variabilidad en la decisión terapéutica y la ausencia de confirmación etiológica en algunos casos, factores que podrían haber condicionado los resultados obtenidos.