



## I-111 - UTILIDAD DE UN PANEL DE BIOMARCADORES PARA IDENTIFICAR RIESGO DE MUERTE A CORTO PLAZO EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS ATENDIDOS POR SOSPECHA DE INFECCIÓN

F. Tornero<sup>1</sup>, K. Saeed<sup>2</sup>, E. Orviz<sup>1</sup>, G. White<sup>3</sup>, G. Gracia-Llopis<sup>4</sup>, A. Malo<sup>4</sup>, A. Suebsaeng<sup>2</sup> y D. Cameron Wilson<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>4</sup>Urgencias. Complejo Universitario de San Carlos. Madrid. <sup>2</sup>Microbiology. Hampshire Hospital. Winchester. <sup>3</sup>Blood Sciences. Hampshire Hospital. Wincheste. Reino Unido. <sup>5</sup>B.R.A.M.H.S. Hennigsdorf. Alemania.

### Resumen

**Objetivos:** Evaluar el riesgo de muerte a 28 días en pacientes inmunodeprimidos atendidos por sospecha de infección en urgencias.

**Material y métodos:** Estudio de cohortes prospectivo, multipropósito, que incluyó pacientes atendidos por sospecha de infección en las urgencias de dos hospitales, uno en Winchester (Reino Unido) y otro en Madrid (España). Para el presente estudio se seleccionaron los pacientes con inmunodepresión farmacológica, cáncer o diabetes mellitus. A todos los pacientes evaluados se les solicitó la determinación de los siguientes biomarcadores: región medial de la proadrenomodulina (MR-proADM), procalcitonina (PCT), proteína C reactiva (PCR) y lactato. La variable de resultado principal fue mortalidad a los 28 días tras la visita índice. La eficacia para la predicción de muerte de los distintos biomarcadores se analizó mediante el análisis de las curvas Receiver Operating Characteristic (ROC) con el IC95% del área bajo la curva (ABC) de la curva ROC y se comparó frente al valor neutro (0,5). Los errores estándar de las ABC se calcularon por métodos no paramétricos. El procesamiento y el análisis de los datos se realizaron mediante el paquete estadístico SPSS v15.0.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 281 pacientes de edad media 84,37 (DE 5,6) años, siendo 150 (53,4%) mujeres. Presentaban comorbilidad cardiovascular 203 (72,3%), diabetes mellitus 65 (23,1%), enfermedad respiratoria 83 (29,3%), inmunosupresión 21 (7,5%), insuficiencia renal 31 (11%), cáncer 66 (33,5%) y enfermedades neurológicas 73 (26%). Ochenta y nueve (31,7%) pacientes cumplían criterios de Sepsis-2 y 143 (50,9%) de Sepsis-3. Los modelos de infección diagnosticados fueron: respiratorio 98 (34,9%), urinario 63 (22,4%), digestivo 22 (7,9%) y de piel y partes blandas 11 (3,9%). El ABC para mortalidad precoz de los distintos biomarcadores fue: 1) MR-proADM 0,876 (IC95% 0,772-0,980;  $p < 0,001$ ); 2) PCT 0,729 (IC95% 0,521-0,936;  $p = 0,030$ ); lactato 0,673 (IC95% 0,494-0,853;  $p = 0,099$ ); y 4) PCR 0,645 (IC95% 0,440-0,850;  $p = 0,168$ ). El punto de corte de mayor capacidad predictiva para MR-proADM fue  $\geq 1,45$  nmol/L presentando una sensibilidad del 90,9 (62,2-98,3), una especificidad del 65,5% (58,7-71,7) y una Odds Ratio de OR 18,9 (IC95% 2,38-151,40).

**Conclusiones:** La MR-proADM fue el mejor biomarcador para estratificar el riesgo de muerte a corto plazo entre la población inmunodeprimida atendida por sospecha de infección. La PCR y el lactato

no mostraron utilidad para identificar pacientes de alto riesgo en nuestra serie.