



I-250 - PIELONEFRITIS AGUDA: ¿PODRÍAMOS UTILIZAR LOS REACTANTES DE FASE AGUDA COMO MARCADORES PRONÓSTICOS?

E. Mira Bleda, V. Rosa Salazar, Á. Martínez Sánchez, D. Clavero Martínez, M. Navarro Rodríguez, M. Molina Cifuentes, B. Castilo Guardiola e I. Carpena Carrasco

Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Resumen

Objetivos: La pielonefritis aguda (PNA) es una enfermedad infecciosa muy prevalente pero con escasa morbimortalidad. Nuestro objetivo es analizar la relación del aumento de los reactantes de fase aguda con determinadas variables de relevancia, así como su influencia en la evolución de la enfermedad.

Material y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo que incluye a 199 pacientes ingresados con el diagnóstico de PNA durante el año 2015 en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Se analizaron multitud de variables epidemiológicas, clínicas, analíticas y microbiológicas. Como datos de laboratorio se recogieron los resultados de leucocitos, neutrófilos y PCR. Se estudió como se relacionaban dichos reactantes de fase aguda con determinadas variables consideradas de relevancia clínica y pronóstica como el reingreso, la reinfección, los días de ingreso, el índice de Charlson, la presencia de complicaciones, la edad agrupada y el sexo. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS.

Resultados: Se incluyeron un total de 199 pacientes con el diagnóstico de pielonefritis aguda, 29 varones y 170 mujeres, con una edad media de 45 años. La estancia media de la hospitalización fue de 5,8 días. El análisis descriptivo de los reactantes de fase aguda mencionados reveló las siguientes medias: PCR 11,7 mg/dL, leucocitos $12,1 \times 10^3/\text{mm}^3$ y neutrófilos $9,7 \times 10^3/\text{mm}^3$. Al enfrentar los hallazgos de laboratorio con las variables pronósticas seleccionadas, no se encontró una relación estadísticamente significativa con el índice de reingreso, reinfección, sexo y estancia hospitalaria. Por su parte, si se observó una influencia del nivel de leucocitosis con la aparición de complicaciones, pero no fue clínicamente relevante, ya que la presencia de complicaciones se asoció con un menor nivel de leucocitos en sangre. En el caso del índice de Charlson, los niveles más elevados de PCR se asociaron con un índice de Charlson alto, sin embargo, con los leucocitos se volvía a encontrar una relación inversamente proporcional. Por último, en cuanto a la edad agrupada, se encontraron valores mayores de leucocitos y neutrófilos en pacientes jóvenes (< 18 años), con una disminución progresiva en los grupos de edad más avanzada (adultos jóvenes, adultos mayores y ancianos).

Discusión: Por lo general, en la práctica clínica habitual, se considera que la gravedad de una enfermedad infecciosa se relaciona de forma directamente proporcional con el aumento de los

reactantes de fase aguda sanguíneos, lo que nos condiciona a la hora de decidir el manejo o tipo de tratamiento que recibirá el paciente. Sin embargo, en muchas ocasiones no tenemos en cuenta la influencia de factores como la edad en la respuesta inmunológica del enfermo, lo que repercute considerablemente en los hallazgos analíticos, o dejamos en un segundo plano el síndrome clínico y la gravedad del cuadro, centrándonos en lo que creemos que son datos objetivos de enfermedad.

Conclusiones: De acuerdo con nuestro estudio, se comprueba que los valores elevados de reactantes de fase aguda como PCR, leucocitos y neutrófilos no pronostican la aparición de complicaciones, ni la probabilidad de volver a ingresar o presentar una reinfección. Asimismo, tampoco se relacionan con la duración de la hospitalización ni se observan diferencias por sexos. Únicamente en el caso del Índice de Charlson se encuentra una relación estadísticamente significativa y directamente proporcional con la PCR, lógica si tenemos en cuenta que dicha escala expresa la comorbilidad del paciente. Por último, también se han hallado resultados relevantes en los niveles de leucocitos y neutrófilos en relación con los grupos de edad, lo que solamente denota que la respuesta inmune es mayor en enfermos jóvenes, y reafirma la conclusión de que los hallazgos de laboratorio no pueden considerarse marcadores pronósticos ni criterios de hospitalización que sustituyan a la clínica.