

GTEI-SEMI

UTILIDAD DE LA PROTEINA C REACTIVA (PCR) EN EL MANEJO DEL FRACASO TERAPEUTICO de PACIENTES CON NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC)

Investigadores: Agustín Ruiz y Miquel Falguera, Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida. aruiz@arnau.scs.es

Uno de los aspectos que más preocupa al clínico que se enfrenta con la NAC es el fracaso terapéutico, que se define como la persistencia de fiebre tras 72 horas de tratamiento antibiótico. Estudios previos han llegado a la conclusión de que el porcentaje de pacientes no respondedores se sitúa en torno al 10%.

Las diversas guías nacionales e internacionales recomiendan una actitud agresiva ante los no respondedores puesto que éstos pacientes consumen más recursos (pruebas complementarias, estancias hospitalarias prolongadas) y su mortalidad es 3 veces superior a la observada en los pacientes que responden al tratamiento.

Sin embargo, algunos estudios han identificado de forma retrospectiva diversos factores clínicos relacionados con una respuesta lenta a los antibióticos, como la edad avanzada, comorbilidad, presencia de afectación multilobar o bacteriemia. En estos casos, el manejo debería ser conservador y no realizar pruebas complementarias agresivas para el enfermo y costosas para el centro (TAC, broncoscopia...). Es decir, esperar a que se quede sin fiebre y no cambiar el tratamiento. Sin embargo, al no conocer la sensibilidad y especificidad de estos parámetros, resulta difícil tomar decisiones en este punto. **El clínico necesita un marcador biológico objetivo que le informe de la evolución de la enfermedad.**

Nos proponemos realizar un estudio prospectivo observacional para averiguar si la determinación de un marcador biológico como la proteína c reactiva (PCR) en el suero de pacientes con NAC al ingreso y tras 72 horas de tratamiento (Días 1 y 4), puede ayudar al clínico a tomar decisiones sobre el fracaso terapéutico.

Los que quieran colaborar con el estudio deben saber que los resultados del estudio se irán publicando en congresos nacionales, internacionales así como revistas internacionales de factor de impacto y que figurarán en los originales de acuerdo con la regla "serán autores los que más casos envíen".

REFERENCIAS

1. Bartlett JG, Dowell SF, Mandell LA, et al. Practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults. *Clin Infect Dis* 2000; 31:347-382.
2. Niederman MS, Mandell LA, Anzueto A, et al. Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia. Diagnosis, assessment of severity, antimicrobial therapy, and prevention. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163: 1730-1754.
3. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) Zalacaín J, Bouza E, García Rodríguez JA, Picazo JJ, Azanza JR. Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) Serrano R, Barberán J., y Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) Martínez Ortíz de Zárate M. Tratamiento antibiótico empírico inicial de la neumonía adquirida en la comunidad en el paciente adulto inmunocompetente. *Revista Española de Quimioterapia* 2003; 16: 457-466.
4. Ramirez JA, Bordon J. Early switch from intravenous to oral antibiotics in hospitalized patients with bacteremic *Streptococcus pneumoniae* community-acquired pneumonia. *Arch Intern Med* 2001;161: 848–850.
5. Halm EA, Fine MJ, Marrie TJ, Coley CM, Kapoor WN, Obrosky S, Singer DE. Time to clinical stability in patients hospitalized with community-acquired pneumonia: implications for practice guidelines. *JAMA* 1998;279:1452–1457.
6. Rosón B, Carratalá J, Fernandez N, et al. Causes and factors associated with early failure in hospitalized patients with community-acquired pneumonia. *Arch Intern Med* 2004; 164: 502-508.