

Réplica a «Meningitis, punción lumbar y procalcitonina»**Reply to “Meningitis, lumbar puncture and procalcitonin”**

Sr. Editor:

Hemos leído con gran atención la carta de Miró¹ «Meningitis, punción lumbar y procalcitonina», en la que se realizan algunas consideraciones al hilo de la reciente publicación en *ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA CLÍNICA* del artículo «Rendimiento diagnóstico de la procalcitonina y la proteína C reactiva para predecir meningitis bacteriana en urgencias»². Agradecemos sus comentarios y queremos manifestar que estamos de acuerdo con la mayoría de sus acertadas apreciaciones, aunque nos gustaría realizar algunas matizaciones respecto a estas.

En primer lugar, y sin ninguna duda, respecto a la punción lumbar, la afirmación «si piensas en ella es que debes hacerla» continúa siendo una indicación contundente y una de las máximas que deben escuchar y asumir todos los residentes en el Servicio de Urgencias (SU) y demás clínicos. En este sentido, coincidimos con sus comentarios.

Por otro lado, tal y como indica Miró¹, el rendimiento diagnóstico conseguido en todos los pacientes (niños, adultos y ancianos) con meningitis aguda en el SU por la procalcitonina (PCT) para sospechar la etiología bacteriana es significativamente mayor que el obtenido para la proteína C reactiva y el recuento de leucocitos, con área bajo la curva ROC muy buena (0,972), que además se mantiene en los 3 subgrupos etarios analizados (oscilando entre 0,946 y 0,984)². Resultados muy similares o superponibles se han hallado en estudios específicos en pacientes pediátricos³, adultos⁴ y en recientes revisiones⁵, que confirman la utilidad, superioridad y seguridad de la PCT en la predicción de un origen bacteriano ante la sospecha de meningitis en el SU. Y este hecho tiene una gran importancia y relevancia, sobre todo en los pacientes en los que las manifestaciones clínicas son menos evidentes, confusas o indistinguibles de otros procesos infecciosos o no infecciosos agudos, con o sin fiebre, con o sin alteración del nivel de consciencia (como ocurre en inmunodeprimidos, neonatos, ancianos, diabéticos, neutropénicos, etc.), donde el retraso de la administración del antimicrobiano adecuado y precoz^{6,7}, como indica acertadamente Miró¹, en este tipo de infección y enfermos, puede tener consecuencias fatales. Además, existen muchas ocasiones donde este gran poder predictivo de la PCT se puede convertir en una herramienta muy rápida de gran ayuda en la toma de decisiones urgentes en la atención de los pacientes con sospecha de meningitis bacteriana⁵. Así, por ejemplo: en un deterioro del nivel de consciencia de origen desconocido o en un paciente en coma, ante la imposibilidad de realizar una punción lumbar (por dificultades anatómicas o técnicas), o ante la no existencia o no disponibilidad de tomografía computarizada en un momento dado o en un centro determinado, la obtención de un perfil de líquido cefalorraquídeo no concluyente o indeterminado, la no existencia de un microbiólogo de guardia para realizar estudios urgentes, y muchas otras situaciones que a lo largo de los años de práctica en los SU suceden. Por ello, cuando Miró se cuestiona «si la punción lumbar debe hacerse, ¿es necesario solicitar además la PCT?», la respuesta es que dependerá de muchas circunstancias, pero será muy beneficiosa su disponibilidad y de gran utilidad para determinados pacientes⁸. Afortunadamente, en la actualidad, alrededor del 50% de los SU en nuestro país tienen disponibilidad para solicitar PCT^{5,9,10}. La clave de su uso eficiente será que se solicite cuando nos vaya a

ayudar a tomar decisiones diagnóstico-terapéuticas o necesitemos confirmar con objetividad la gravedad clínica y el pronóstico del paciente⁵.

Finalmente, una matización que nos gustaría realizar se refiere a la pregunta: ¿el excelente rendimiento diagnóstico de la PCT es suficiente para poder descartar una meningitis bacteriana? Como Miró¹ afirma con claridad y acierto, la respuesta es que no, ya que la PCT debe aportar información adicional a la obtenida con la clínica y la anamnesis, pero nunca puede sustituir ni a los datos microbiológicos obtenidos con la punción lumbar, ni a los hemocultivos, ni a ninguna prueba ni estudio microbiológico indicado ante la sospecha de meningitis o en cualquier otro proceso infeccioso⁵. Al contrario, la PCT debe reforzar la sospecha de meningitis y puede ayudarnos a hacernos pensar que la punción lumbar es necesaria. Es decir, volvemos al inicio de nuestros comentarios: «Si piensas en ella es que debes hacerla».

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Miró Ò. Meningitis, punción lumbar y procalcitonina. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2016;**34**:538.
2. Morales-Casado MI, Julián-Jiménez A, Moreno-Alonso F, Valente-Rodríguez E, López-Muñoz D, Saura-Montalbán J, et al. Rendimiento diagnóstico de la procalcitonina y la proteína C reactiva para predecir meningitis bacteriana en los ancianos en urgencias. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2016;**34**: 8–16.
3. Morales Casado MI, Moreno Alonso F, Losada Pinedo B, Julián-Jiménez A. Acute meningitis in the Pediatric Emergency Department: Diagnostic yield of procalcitonin and C-reactive protein. *Pediatr Emerg Care.* 2014;**30**:849–50.
4. Morales Casado MI, Moreno Alonso F, Juárez Belaunde AL, Heredero Gálvez E, Talavera Encinas O, Julián-Jiménez A. Capacidad de la procalcitonina para predecir meningitis bacterianas en el servicio de urgencias. *Neurología.* 2016;**31**: 9–17.
5. Julián-Jiménez A, Candel FJ, González del Castillo J. Utilidad de los biomarcadores de inflamación e infección en urgencias. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2014;**32**:177–90.
6. Nicolás D, Monclús E, de Andrés A, Sánchez M, Ortega M. Características de la prescripción de antibióticos en un servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel. *Emergencias.* 2014;**26**:367–70.
7. González-Castillo J, Candel FJ, Julián-Jiménez A. Antibióticos y el factor tiempo en la infección en urgencias. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2013;**31**: 173–80.
8. Moreno Millán E. Laboratorios y servicios hospitalarios de urgencias: en búsqueda de la eficiencia. *Emergencias.* 2014;**26**:429–30.
9. Salinas M, López-Garrigós M, Uris J, Leiva-Salinas C. Variabilidad en la oferta y en la solicitud de determinaciones de laboratorio en pacientes de servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias.* 2014;**26**:450–8.
10. Miró O, Escalada X, Boqué C, Gené E, Jiménez Fábrega FX, Netto C, et al. Estudio SUHCAAT (2): mapa funcional de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. *Emergencias.* 2014;**26**:35–46.

María Isabel Morales-Casado^a, Rosario Almansa-Castillo^a, Julio Alberto Pérez-Matos^a y Agustín Julián-Jiménez^{b,*}

^a Servicio de Neurología, Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España

^b Servicio de Urgencias, Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: agustinj@sescam.jccm.es, agustin.jj@wanadoo.es (A. Julián-Jiménez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2015.09.017>