



CARTAS CIENTÍFICAS

Infección en el paciente anciano. Consenso de recomendaciones para su abordaje en los servicios de Urgencias***Infection in the elderly patient. Consensus recommendations for management in the Emergency Department***

La patología infecciosa es más frecuente, grave y se asocia a una mayor mortalidad en el paciente anciano cuando se compara con el adulto joven^{1,2}. Al tratarse de una patología tiempo-dependiente, es decir, cuyo pronóstico va a depender en gran medida de su abordaje precoz, cobra especial interés la actuación en el ámbito de las Urgencias³. La ausencia de síntomas habituales en patología infecciosa y la expresión clínica en ocasiones atípicas dificulta su detección y puede demorar el diagnóstico y, por tanto, retrasar su tratamiento.

Hay escasos estudios en la literatura que aborden específicamente el manejo de la infección en el anciano^{4,5}; la necesidad de identificar las características diferenciales de esta población motivó el presente estudio con el reto de combatir la alta morbilidad que suponen. El consenso de expertos puede suponer una valiosa herramienta a falta de ensayos clínicos o estudios bien diseñados. Analizar y discutir las principales características clínicas de la infección en el anciano y desarrollar mediante consenso un paquete de medidas específicas para esta población sobre su enfoque diagnóstico y terapéutico en los servicios de Urgencias fueron los objetivos del proyecto.

Se aplicó la metodología Delphi con el objetivo de obtener un consenso basado en la discusión de expertos^{6,7}. En una primera fase denominada «de definición de contenidos», el grupo de coordinación compuesto por 4 profesionales de áreas de Urgencias con experiencia clínica contrastada definieron los contenidos más adecuados a abordar sobre el manejo de las infecciones en el paciente anciano. Se definieron las áreas de mayor interés en el ámbito de las Urgencias y se elaboró una serie de preguntas encaminadas a obtener una mejora de la práctica clínica. En una segunda fase denominada «de consenso» se escogió a un grupo de 20 expertos sobre la base de su experiencia clínica en el ámbito de las enfermedades infecciosas en los servicios de Urgencias de la comunidad autónoma andaluza. Este grupo de expertos realizó una encuesta basal de definición del área de influencia y respondió al cuestionario propuesto por el grupo coordinador con el objetivo de evaluar y mejorar a través del consenso las respuestas presentadas. Se definió como consenso bajo aquellas preguntas en las que el nivel de acuerdo alcanzado fue inferior al 50%, consenso medio cuando se obtuvo un acuerdo de más del 50% y menos del 75%, y consenso alto cuando el acuerdo en las respuestas era mayor de un 75%. Se organizó una reunión presencial en la que los coordinadores presentaron al grupo de expertos las respuestas que obtuvieron un consenso alto de más de un 75%. En una tercera fase denominada «de validación» se realizó un cuestionario online global dirigido a los profesionales de los

servicios de Urgencias de Andalucía; el cuestionario se diseñó incluyendo las preguntas cuyas respuestas obtuvieron el consenso del 75% entre los expertos. Finalmente, se elaboraron unas recomendaciones que se presentaron y votaron en la mesa científica «Sepsis en el anciano» en el Congreso regional de Urgencias de Andalucía.

Durante la primera fase del estudio, fueron escogidas las particularidades de la infección en el anciano, enfatizando en la importancia de los casos más graves que engloban sepsis, neumonía, infección del tracto urinario y piel y tejidos blandos. Un cuestionario con 24 preguntas de respuesta múltiple para su posterior discusión y análisis fue inicialmente diseñado de acuerdo con los criterios expuestos en la metodología.

Se seleccionaron las preguntas en las que se obtuvo una concordancia en las respuestas mayor de un 75%; este hecho se produjo en un 80% de las preguntas iniciales, elaborándose un cuestionario definitivo para su cumplimentación final online.

Un total de 163 profesionales de 13 servicios de Urgencias hospitalarias de la comunidad autónoma andaluza participaron contestando el formulario, emitiéndose sobre la base de los resultados y consenso obtenidos las siguientes recomendaciones (anexo 1).

Para el médico de Urgencias es capital conocer la presentación atípica de la patología infecciosa en el anciano, identificar factores de riesgo para infección por microorganismos multirresistentes, realizar cultivos microbiológicos al ingreso y administrar precozmente tratamiento empírico dirigido en población de riesgo^{8,9}.

El presente estudio no está exento de limitaciones; el consenso obtenido mediante la metodología Delphi se obtiene mediante un proceso sumatorio de juicios individuales eliminando las posiciones extremas; son, por tanto, en cierto modo, opiniones subjetivas de expertos y la eliminación de las ideas menos votadas puede hacer perder opiniones valiosas u originales. Las fortalezas de nuestra investigación se fundamentan en la participación representativa de los servicios de Urgencias de Andalucía, destacando el alto grado de consenso.

Agradecimientos

Los autores quieren agradecer expresamente la participación activa y productiva que más de 150 profesionales de las Urgencias de Andalucía han tenido en este proyecto de investigación, y especialmente a los responsables de las urgencias hospitalarias que han formado parte del Grupo de Trabajo PIPA ANDALUCÍA, sin su colaboración y aportaciones, la metodología aplicada en este estudio no hubiera sido posible: Federico Sierra Benitez, Julian López Alvaro, Juan Benitez, Rocio López González, Enrique López Herrero, Francisca Díaz Benitez, M. Esther Maldonado Perez, Florencio Gonzalez Márquez, Jose Luis Palma Aguilar, Amparo Fernandez de Simón, Esther Perez Garcia, Begoña Mora Ordoñez, Eduardo Rosell, Manuel Salido Mota, Encarnacion Martinez Acebedo, Alvaro Perea, Pedro Ceballos.

Anexo 1. Recomendaciones proyecto PIPA

1. En la historia clínica del paciente anciano, además de sus antecedentes médicos, alergia y tratamiento domiciliario, debe estar recogida una valoración de «*actividades básicas de la vida diaria (ABVD)*» y del estado nutricional. Asimismo, sería conveniente una valoración geriátrica básica.
2. Los síntomas y signos clínicos habituales en la infección del adulto joven pueden no estar presentes en la infección grave del anciano. Es fundamental, pues, conocer la *presentación clínica atípica* para su detección precoz en Urgencias.
3. Ante todo paciente con infección grave se deben solicitar los siguientes exámenes complementarios, tras la primera valoración en Urgencias: hematemetría, estudio de coagulación, bioquímica, gasometría, lactato, PCR, general de orina y hemocultivos. Según la sospecha clínica se solicitarán, además, las pruebas complementarias que se consideren necesarias con la mayor celeridad y adoptando las medidas de seguridad necesarias. En *todos los casos* se cursarán *hemocultivos* al inicio del cuadro para no demorar el inicio del tratamiento antibiótico.
4. En los ancianos, las infecciones son más frecuentes y más graves que en la población general. Por ello se debe iniciar antibioterapia empírica de amplio espectro en la primera hora teniendo en cuenta la presencia de factores de riesgo para infección por gérmenes multirresistentes y realizar un seguimiento clínico estrecho que permita ajustar el tratamiento y/o estrechar el espectro en cuanto sea posible.
5. La probabilidad de presentar infecciones causadas por gérmenes multirresistentes es mayor en el anciano que en la población general. Por ello, en la historia clínica de dichos pacientes, deberán recogerse los factores de riesgo para infección por dichos microorganismos: institucionalización, ingresos hospitalarios recientes, antibioterapia previa en el último mes y episodios previos de colonización o infección por dichos gérmenes.
6. La edad es, *per se*, un factor pronóstico en la neumonía adquirida en la comunidad. La neumonía del anciano, a diferencia de la del adulto joven, no suele cursar con la tríada típica de fiebre, dolor costal y esputos purulentos, y se asocia a una mayor mortalidad.
7. Las bacterias gramnegativas son más frecuentemente causa de neumonía en el anciano que en el resto de la población. La neumonía por aspiración está infradiagnosticada en Urgencias.
8. En la neumonía grave del anciano se recomienda la toma de cultivos previa al comienzo del tratamiento antibiótico. El tratamiento se iniciará inmediatamente con antibioterapia de

amplio espectro pudiendo estrecharse el espectro posteriormente en función de los resultados microbiológicos.

9. La mayoría de las infecciones urinarias en el anciano son producidas por enterobacterias. Es necesario tener en cuenta los factores predisponentes para infección por enterobacterias portadoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) para la elección del tratamiento empírico inicial.
10. Las infecciones graves de piel y partes blandas (IPPB) en el paciente anciano pueden pasar desapercibidas. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico y precisan de tratamiento médico (antibioterapia empírica precoz) y quirúrgico.

Bibliografía

1. Weycker D, Akhras KS, Edelsberg J, Angus D, Oster G. Long term mortality and medical care charges in patients with severe sepsis. *Crit Care Med*. 2003;31:2316–23.
2. Braun L, Riedel AA, Cooper LM. Severe sepsis in managed care: Analysis of incidence, one year mortality, and associated costs of care. *J Manag Care Pharm*. 2004;10:521–40.
3. Manejo de pacientes sépticos en Urgencias y Emergencias. Documento de consenso de las jornadas de primavera de SEMES-Andalucía.
4. Crossley KB, Peterson PK. Infections in the elderly. *Clin Infect Dis*. 1996;22:209–15.
5. Lineberry C, Stein DE. Infection, sepsis, and immune function in the older adult receiving critical care. *Crit Care Nurs Clin N Am*. 2014;26:47–60.
6. Duffield C. The Delphi technique. *Aust J Adv Nurs*. 1988;6:41–5.
7. Doran DM, Baker GR, Szabo C, McShane J, Carrier J. Identification of serious and reportable events in home care: A Delphi survey to develop consensus. *Int J Qual Health Care*. 2014;26:136–43.
8. Shorr AF, Marya D, Zilberberg RR, Jason K, Hoban A, Hoffman J, et al. Validation of a clinical score for assessing the risk of resistant pathogens in patients with pneumonia presenting to the emergency department. *Clinical Infectious Diseases*. 2012;54:193–8.
9. Garnacho-Montero J, Gutiérrez-Pizarra A, Escobedo-Ortega A, Corcia-Palomo Y, Fernández-Delgado E, Herrera-Melero I, et al. De-escalation of empirical therapy is associated with lower mortality in patients with severe sepsis and septic shock. *Intensive Care Med*. 2014;40:32–40.

Ángel Estella^{a,*}, Cristóbal Marchante^b, Jose Cobos^c
y Carmen Navarro^d

^a Urgencias Hospital SAS de Jerez, Jerez, Cádiz, España

^b Urgencias Hospital Universitario de Valme, Sevilla, España

^c Urgencias Hospital Universitario Ciudad de Jaén, Jaén, España

^d Urgencias Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: litoestella@hotmail.com (Á. Estella).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.07.013>

Valoración de la prescripción inadecuada en pacientes mayores de 65 años atendidos en un hospital de tercer nivel



Evaluation of inappropriate prescriptions on patients over 65 years old in a third level hospital

La prescripción inadecuada (PI) de medicamentos se ha relacionado con el aumento de las tasas de hospitalización y la aparición de efectos adversos^{1,2}. Hemos realizado un estudio observacional, retrospectivo, aplicando los criterios STOPP/START³ a 379 pacientes mayores de 65 años (otros 136 pacientes fueron excluidos por tener historia clínica insuficiente), que fueron atendidos en el servicio de urgencias de nuestro hospital durante 7 días no consecutivos (mayo-junio 2013), con las siguientes características: edad media 78,77 (DE 7,50) años, mujeres 52,2% (198 pacientes), 1,92

(DE 1,31) comorbilidades; 57% (216 pacientes) pluripatológicos, tomaban 5,58 (DE 3,37) fármacos, y el 46,7% (177 pacientes) tenían polimedición mayor.

El 25,3% (96 pacientes) de los pacientes cumplían algún criterio STOPP y el 33,9% (129 pacientes) algún criterio START. Se detectaron 131 criterios STOPP y 214 criterios START. Presentar criterios STOPP se relacionaba con: mayor edad (80 vs. 78 años; $p=0,008$), pluripatología (71,9 vs. 51,9%; $p=0,001$); y cantidad de fármacos usados (7 vs. 5; $p<0,001$), especialmente en polimeditados mayores (36,7%). Presentar criterios START se relacionaba con las mismas variables, además de con el destino del paciente (50% en fallecidos, 45,8% en ingresados y 28,8% en dados de alta desde urgencias; $p=0,010$). Se comprueba que la PI está influida por la complejidad de los pacientes.

Queríamos destacar que hemos observado que el 55,3% (21 pacientes) de AINE prescritos cumplían criterios STOPP. Opiáceos,