

¿Qué opinan los socios de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología sobre las guías de práctica clínica en geriatría?



What do the members of the Spanish Society of Geriatrics and Gerontology think about clinical practice guidelines in geriatrics?

Recientemente se ha reflexionado en un editorial de REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA¹ sobre la utilidad de las guías de práctica clínica (GPC), para intentar reducir la posible variación sustancial en la prestación de asistencia sanitaria para pacientes con el mismo problema clínico y de las características diferenciales añadidas que presentan dichas GPC para su aplicación en las personas mayores². Un aspecto interesante es el conocer lo que opinan los potenciales candidatos a utilizar en su día a día las GPC de las mismas³. Por ello, el objetivo de este trabajo es conocer la opinión sobre las GPC en geriatría de los socios de la Sociedad Española de Geriatria (SEGG) con responsabilidad clínica asistencial.

Así, para conocer su opinión se envió por correo electrónico una encuesta a todos los miembros de la SEGG, tras dar la conformidad de las preguntas la junta de la SEGG. Respondieron a la encuesta 327 especialistas en geriatría (especialista senior el 51% y jefe de sección/servicio el 20%, el resto eran médicos residentes), con un rango de edad de 27–65 años; siendo el 37% mayores de 50 años. Todos los encuestados manifestaron haber consultado alguna GPC; el 47% de los encuestados refirió que consultaba las GPC de forma habitual, el 50,5% de manera ocasional y un 2,5% casi nunca. A la pregunta de si estaban familiarizados con el sistema AGREE⁴ de valoración de las GPC contestaron afirmativamente el 74% de los encuestados y no, el resto; el 85% manifestaron estar familiarizados con la clasificación de niveles de evidencia y grados de recomendación. Los objetivos principales por la que realizan los encuestados una consulta en las GPC son: resolver dudas o problemas clínicos (84%), estudio personal (42,3%) y tareas de investigación (18%). El especialista en geriatría consulta las GPC sobre todo para temas en relación con las enfermedades crónicas (70%) y los síndromes geriátricos (60%), aunque también para enfermedades agudas (57%) y aspectos diversos de gestión del proceso asistencial (13,41%). Se preguntó sobre la percepción de la situación real de seguimiento y cumplimiento de las GPC en geriatría en España; el 32% de los encuestados consideró que las recomendaciones se siguen adecuadamente, el 45% que no, debido al desconocimiento de las mismas y el resto que no al no existir suficiente información en las mismas para el paciente mayor. Por último, se preguntó con relación a la transparencia, el 48% confían completamente en las GPC, pero un 49,85% considera que existen demasiados miembros del panel de expertos con conflictos de intereses y el 54% opinan que confían con alguna duda sobre si se detallan adecuadamente los conflictos de intereses y un 2% no confía en las GPC pues cree que están demasiado influenciadas por la industria farmacéutica.

Se trata de una encuesta que tiene como principal fuerza la importante respuesta de participación de los socios de la SEGG y como limitación el posible sesgo de que participaran los socios más familiarizados con consultar las GPC. En el momento de analizar las respuestas, los autores son conscientes de que habrían clarificado, quizás, más algunas preguntas respecto a algunos aspectos y, quizás, ampliado alguna posibilidad de respuesta como es el hecho de si se valora también como un aspecto negativo la posible influencia de la administración en algunas GPC o evidentemente alguna tan interesante como: ¿Crees útiles las guías de práctica clínica en pacientes ancianos con comorbilidad o con fragilidad?

La participación de expertos en geriatría en las GPC, su valoración y difusión por parte de los grupos de trabajos de la SEGG deberían ser útiles para mejorar la implicación⁵ y la difusión de dichas GPC, y con ello conseguir la mejor asistencia en las personas mayores.

Agradecimientos

A todos los miembros de la SEGG que participaron en la encuesta.

Bibliografía

- Formiga F, Martínez-Velilla N, Baztán JJ. La guías de práctica clínica en geriatría: ¿son realmente útiles? Rev Esp Geriatr Gerontol. 2016; <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.04.001>.
- Martínez-Velilla N, Formiga F. Inclusión de ancianos en ensayos clínicos: necesidad y obligación. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2014;49:99–100.
- Trullàs JC, Formiga F, Pérez-Calvo JJ, Manzano L. ¿Qué opinan los expertos en insuficiencia cardíaca sobre las guías de práctica clínica de insuficiencia cardíaca? Rev Clin Esp. 2016; [10.1016/j.rce.2016.04.007](http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2016.04.007).
- The AGREE Collaboration. AGREE Instrument Spanish version [consultado 27 Jun 2016]. Disponible en: <http://www.agreecollaboration.org>
- Martínez Velilla N, Vilches-Moraga A, Larráyoiz Sola B, Gonzalo Lázaro M. Síndrome de fatiga por las guías de práctica clínica. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015;50:302.

Francesc Formiga^{a,*}, Nicolas Martinez-Velilla^b, Juan J. Baztán^c y Jose Antonio López-Trigo^d

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Univesitari de Bellvitge, IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^b Servicio de Geriatria, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

^c Servicio de Geriatria, Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela, Madrid, España

^d Departamento de Accesibilidad, Ayuntamiento de Málaga, Málaga, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fformiga@bellvitgehospital.cat (F. Formiga).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.07.004>

0211-139X/

© 2016 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Microangiopatía trombótica en el anciano. A propósito de un caso



Thrombotic microangiopathy in elderly. Case report

Las microangiopatías trombóticas (MAT) son un grupo de entidades que cursan con anemia hemolítica microangiopática (presencia de esquistocitos en sangre periférica), trombocitopenia y afectación de órganos en intensidad variable¹. Desde la primera descripción de un caso por Moschcowitz en 1924 han

existido numerosos avances en el conocimiento, diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad². En la actualidad, se clasifican en MAT primarias y secundarias, estas últimas asociadas a diferentes factores precipitantes como enfermedades autoinmunes (lupus, artritis reumatoide. . .), neoplasias sólidas y hematológicas, trasplante de progenitores hematopoyéticos, numerosos fármacos, infecciones por *E. coli*, neumonías, hepatopatías y una gran miscelánea¹.

Presentamos el caso de un varón de 85 años que ingresa en la unidad geriátrica de agudos, desde la urgencia, por empeoramiento

del estado general y de su disnea basal, asociando expectoración marronácea y cuadro confusional.

Entre sus antecedentes médico-quirúrgicos constan: exfumador, hipertenso, dislipémico, fibrilación auricular permanente, insuficiencia cardíaca sistólica con 2 descompensaciones en el último año, bronconeumopatía crónica con bronquiectasias y bullas bilaterales, ictus isquémico en territorio de la arteria cerebral anterior izquierda con disartria y disfagia como secuelas, síndrome lacunar motor puro derecho, litiasis biliar, quistes hepáticos y renales, hipertrofia benigna de próstata con varios episodios de retención aguda de orina, trastorno depresivo adaptativo, un déficit visual severo, fauquectomía bilateral, reparación de ectropión del ojo derecho, apendicectomía y herniorrafia inguinal bilateral; sigue tratamiento habitual con acenocumarol, furosemda, tamsulosina, ácido ursodesoxicólico, omeprazol, simvastatina y oxigenoterapia crónica domiciliaria 16 h/día. Además, presenta varios síndromes geriátricos: fragilidad, malnutrición, caídas de repetición, estreñimiento, incontinencia urinaria e insomnio. Y su situación basal es de dependencia moderada para ABVD (escala cruz roja funcional 3/5 e índice de Barthel 56/100), sin deterioro cognitivo (escala cruz roja mental 0/5). No tiene hijos, vive con su esposa, también frágil y cuentan con teleasistencia y ayuda domiciliaria pública.

Al ingreso destaca en la exploración física taquipnea, espiración alargada y sibilancias en ambos campos pulmonares; en la analítica: elevación de reactantes de fase aguda, alteración de iones y de la función renal; y en la radiografía de tórax se evidencian infiltrados alveolares multilobares. Con los juicios diagnósticos de neumonía multilobar bilateral de probable etiología broncoaspirativa, reagudización infecciosa de EPOC, alcalosis metabólica hipopotasémica, deshidratación hipernatrémica e insuficiencia renal aguda de probable origen prerrenal, iniciamos tratamiento con nebulizaciones, antibioticoterapia con piperacilina/tazobactam, reposición hidroelectrolítica y suplementación nutricional. Al 5.º día de ingreso, nuestro paciente presenta epistaxis que se limita con taponamiento nasal anterior, y al 7.º día se objetivan equimosis en dorso de manos y muñecas asociado, de nuevo, a síndrome confusional hipoactivo. La analítica muestra Hb 9,1 g/dl, hematocrito 28,3%, VCM 91,8 fl, CHCM 32,2 g/dl, ADE 18,9%, LDH 1.541 UI/l, 89.000 plaquetas, bilirrubina total 2,43 mg/dl, bilirrubina directa 1,22 mg/dl, creatinina 2,91 mg/dl y urea 143 mg/dl; con lo que solicitamos un frotis de sangre periférica que muestra 3–4 esquistocitos por campo (fig. 1). Se decide rotar a meropenem, teicoplanina y tobramicina, y se ofrece la posibilidad de trasladado a otro centro para realizar un recambio plasmático por sospecha de MAT. El paciente y su familia rechazaron el traslado, por lo que se instauró tratamiento con metilprednisolona, falleciendo a las 72 h.

La valoración geriátrica integral es el método que nos permitió desarrollar la línea diagnóstico-terapéutica a seguir con este paciente, individualizando según su enfermedad previa, los síndromes geriátricos, el estado nutricional, funcional, mental y social³. Así, aunque no tenemos datos de la actividad de ADAMTS-13 para poder descartar una púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) como causa más importante de MAT primaria, coincidimos en una MAT secundaria como principal diagnóstico de este caso, ante la presencia de una infección bacteriana tan severa como es una neumonía multilobar, y que se erige como la principal causa de muerte de origen infeccioso en el anciano⁴.

El tratamiento de la MAT secundaria es el de la causa subyacente, añadiendo en caso necesario y, como primera línea, los recambios plasmáticos (RP)^{5,6}; aunque en pacientes ancianos también se ha usado en primera línea corticoterapia con buena respuesta para trombocitopenia inmune⁷. Así, la gravedad e instauración brusca de la situación clínica de nuestro paciente junto con su rechazo a la

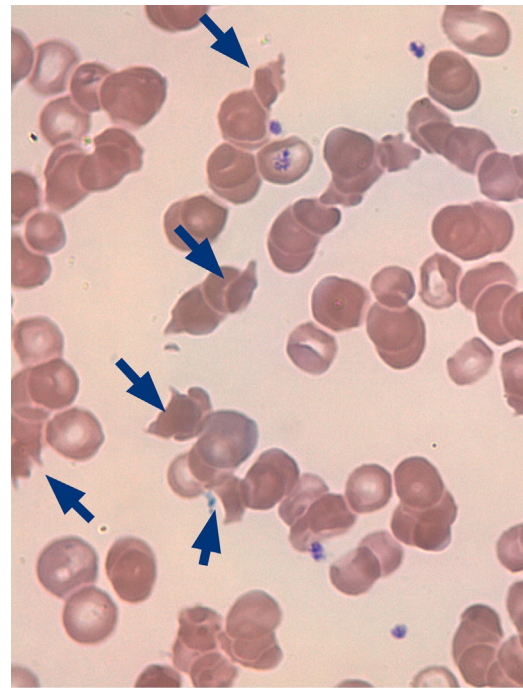


Figura 1. Frotis de sangre periférica con esquistocitos (flechas).

opción de un recambio plasmático, obligaban a añadir de manera precoz corticoterapia; aunque en nuestro caso, sin evitar el fatal desenlace.

Bibliografía

- Contreras E, Rubia J de la, Río-Garma J del, Díaz-Ricart M, García-Gala JM, Lozano M, Grupo Español de Aféresis. Conferencia de consenso. Guía diagnóstica y terapéutica de las microangiopatías trombóticas del Grupo Español de Aféresis. *Med Clin (Barc)*. 2015;144, 331.e1–331.e13.
- George JN, Nester CM. Syndromes of thrombotic microangiopathy. *N Engl J Med*. 2014;371:654–66.
- Calle A, Márquez MA, Arellano M, Pérez LM, Pi-Figueras M, Miralles R. Valoración geriátrica y factores pronósticos de mortalidad en pacientes muy ancianos con neumonía extrahospitalaria. *Arch Bronconeumol*. 2014;50:429–34.
- Martín-Sebastiá E, Martín-Sebastiá A, Tártalo Hernández D. Infecciones más prevalentes en el anciano. En: Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L, editores. *Tratado de Medicina Geriátrica*. 1.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 583–95.
- McCrae KR, Konecni Rao A. Disorders of platelet number and function. *American Society of Hematology-Self-Assessment Program*, Fifth edition 2013; 235–258 [consultado 18 Nov 2013] Disponible en: <http://ash-sap.hematologylibrary.org/>
- Chih-Yuan L, Sheng-Huang L. Fatal thrombotic thrombocytopenic purpura coexisting with bacterial infection: A case report. *Acta Neurol Taiwan*. 2008;17:42–6.
- Bizzoni L, Mazzucconi MG, Gentile M, Santoro C, Bernasconi S, Chiarotti F, et al. Idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) in the elderly: Clinical course in 178 patients. *Eur J Haematol*. 2006;76:210–6.

Carmen Alcaraz-L^{a,*}, Lily Cáceres Minaya^a,
Rafael Bornstein Sanchez^b y Sofya Gunko^b

^a Unidad Geriátrica de Agudos, Servicio de Geriátrica, Hospital Central de la Cruz Roja, Madrid, España

^b Servicio de Hematología, Hospital Central de la Cruz Roja, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: carmenallo90@gmail.com,
carmen.alcaraz_lopez@hotmail.com (C. Alcaraz-L).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.09.001>

0211-139X/

© 2016 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.