

Abordaje de la infección respiratoria baja en ancianos

Manuel Castro Barrio^{a,*}, Mercedes Portillo Ruiz^{a,b} y Nuria Martínez Gordillo^c

^aEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Cuidados Paliativos. Centro de Salud Algete. Madrid. España.

^bEspecialista en Geriátrica. Máster en Cuidados Paliativos. Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria. Dirección Asistencial Norte. San Sebastián de los Reyes. Madrid. España.

^cDiplomada en Enfermería. Especialista en Salud Mental. Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid. España.

*Correo electrónico: mcastrobarrio@yahoo.es

Puntos clave

- La infección respiratoria baja es un problema médico frecuente en el anciano con una importante morbimortalidad.
- La aproximación diagnóstica de la infección respiratoria baja requiere una exploración mínima con toma de constantes, apoyada en el uso del pulsioxímetro. Utilizar criterios diagnósticos y conocer las peculiaridades de la infección en el anciano es una valiosa ayuda.
- Los factores pronósticos en la infección respiratoria baja incluyen la edad, la comorbilidad, hallazgos de la exploración física y resultados de laboratorio. En estudios recientes, cobra una especial importancia la inclusión de la valoración funcional.
- La decisión de ingresar a un anciano en una unidad de agudos, aparte de los criterios del personal sanitario, debe tener en cuenta los deseos del anciano/familia, así como la disponibilidad de recursos materiales y apoyo del entorno sociofamiliar.
- El tratamiento de la infección respiratoria baja obtiene resultados similares, ajustando morbimortalidad en ancianos institucionalizados o en una unidad de agudos hospitalaria.
- El uso de antibióticos en ancianos requiere en primera instancia optimizar criterios clínicos de inicio del tratamiento, así como plantear alternativas diagnósticas a la sospecha inicial de proceso infeccioso agudo.
- La hidratación es uno de los aspectos menos valorado en las infecciones en el anciano; debe prestarse atención a los signos y síntomas de deshidratación y tratarlos como pilar fundamental del manejo de la infección respiratoria baja.
- La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una dolencia en la cual la infección respiratoria baja de repetición es frecuente. Es necesario realizar un abordaje más amplio, especialmente cuando existe la sospecha de evolución hacia una enfermedad con pronóstico de vida limitado.
- En pacientes con demencia avanzada, la presencia de infección respiratoria baja de repetición es un marcador de mal pronóstico a corto plazo, por lo que se debe preparar a la familia para el final de la vida y dar una información adecuada que les ayude en la toma de decisiones.
- Las intervenciones tras un episodio infeccioso agudo incluyen la recuperación de la funcionalidad y medidas preventivas de nuevos eventos: diagnóstico y mejora de la disfagia orofaríngea y la higiene oral, mejora de la higiene de manos, y puesta al día de vacunación frente a la gripe y neumococo.

Palabras clave: Infección respiratoria baja • Anciano frágil • EPOC • Demencia • Hidratación • Disfagia.

Introducción

El manejo del diagnóstico y tratamiento de la infección respiratoria baja (IRB) es complicado en el anciano, tanto por la comorbilidad y mortalidad asociada como por la dificultad clínica y diagnóstica inherente a las limitaciones de la atención primaria^{1,2}.

En este artículo, bajo el término IRB hemos incluido tanto la traqueobronquitis aguda como la neumonía, entidades clínicas que en ocasiones no pueden ser diferenciadas sin la realización de una radiografía de tórax, aunque recientemente un panel de expertos discute la pertinencia de inclusión obligada de la misma en la definición de neumonía comunitaria². El término IRB es práctico, ya que las distintas entidades clínicas pueden estar solapadas y no es costo-eficiente un diagnóstico completo en todos los casos^{2,3}.

El término de neumonía asociado a centros sanitarios implica un tipo de IRB que ocurre en ancianos institucionalizados y que es intermedia entre las infecciones comunitarias y las nosocomiales. Sin embargo, una reciente revisión desecha su uso en Europa al considerar que el patrón microbiológico no es diferente entre las residencias de ancianos y los ancianos que viven en la comunidad³.

La revisión del tema no pretende ser una guía de práctica clínica, ya que si bien algunas de las recomendaciones pueden tener un grado A-C según la Canadian Task Force on Preventive Health Care⁴ (tabla 1), otras orientaciones están basadas en limitados estudios tipo descriptivos o recomendaciones de un panel de expertos.

Epidemiología y definición

A pesar de la importancia de la IRB, disponemos de pocos estudios circunscritos a la población anciana. En un estudio reciente de nuestro entorno que describe el diagnóstico de neumonía en ancianos, incluyendo tanto los casos hospitali-

zados como los tratados ambulatoriamente⁵, la tasa de incidencia fue de 14 casos por 1.000 personas > 65 años, con una tasa de hospitalización del 75% y una tasa de mortalidad a los 30 días del 13%. La magnitud del problema es difícil de cuantificar, y estamos ante la punta de un iceberg¹ al no incluir los estudios epidemiológicos a los pacientes que no acuden a consulta y excluir a aquellos con bronquitis aguda. Además, las tasas de incidencia se ven influenciadas por la variabilidad en la definición de IRB en los diferentes estudios. Un panel de expertos ha establecido recientemente una definición clínica de la IRB (tabla 2)²; los criterios de McGeer también resultan una alternativa útil en el anciano domiciliario o institucionalizado tanto por la definición de infección general como de traqueobronquitis y neumonía (tablas 3 y 4)⁶.

Aproximación diagnóstica

Los ancianos con IRB suelen tener nuevos síntomas o signos de semiología respiratoria (tabla 4 A2). La dificultad añadida se plantea en ancianos frágiles que viven en su domicilio o

TABLA 2. Definición de infección respiratoria baja en la comunidad

Bronquitis aguda

Cuadro agudo o subagudo de tos acompañado de producción de esputo evidente en paciente sin historia de enfermedad pulmonar crónica y sin evidencia de neumonía o sinusitis

Neumonía comunitaria

Infección aguda pulmonar asociada al menos con algunos síntomas de infección respiratoria aguda, acompañada de hallazgos auscultatorios (roncus y crepitantes localizados) y/o infiltrados agudos en la radiografía de tórax en paciente no hospitalizado o residente en centro de larga estancia al menos 14 días antes del inicio de los síntomas

TABLA 1. Clasificación de la evidencia

Categorización de la evidencia

- I. Ensayos clínicos controlados, metanálisis o revisiones sistemáticas bien diseñadas
- II. Estudios controlados no aleatorizados bien diseñados (cohortes, casos y controles)
- III. Estudios no controlados o panel de expertos

Grado de las recomendaciones

- A. Buena evidencia para respaldar el uso de una recomendación
- B. Moderada evidencia para respaldar el uso de una recomendación
- C. Poca evidencia tanto para respaldar la recomendación como para rechazarla

TABLA 3. Definición de infección general

Fiebre

Toma única oral > 37,8 °C, toma repetida oral > 37,2 °C o rectal > 37,5 °C o toma única > 1,1 °C superior a su temperatura basal en cualquier zona de su cuerpo

Leucocitosis (14.000 leucocitos/mm³)

Neutrofilia o desviación a la izquierda > 6%

Alteración del estado mental

Inatención o alteraciones leves de conciencia (somnia) de curso agudo o fluctuante

Deterioro funcional agudo

Incremento en 3 puntos en 7 ítems de ABVD valorando 0 independiente y 4 dependiente: movilidad en cama, transferencias, deambulación, vestido, aseo, comida, ir al baño

ABVD: actividades básicas de la vida diaria.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3470784>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3470784>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)