



18 DE NOVIEMBRE DE 2024

DÍA EUROPEO PARA EL USO PRUDENTE DE LOS ANTIBIÓTICOS

INTRODUCCIÓN

Estas recomendaciones tienen como objetivo reducir el uso innecesario de antibióticos, prevenir la resistencia antimicrobiana y optimizar los resultados clínicos en adultos mayores. Este término generalmente se aplica a personas a partir de los 65 años, un grupo poblacional que comienza a enfrentar un mayor riesgo de condiciones de salud relacionadas con la edad, aunque esto no implica necesariamente una pérdida significativa de funcionalidad o independencia. **Dentro de este grupo, las personas de edad más avanzada, usualmente mayores de 75 u 80 años, tienden a presentar una mayor incidencia de fragilidad, dependencia funcional y necesidades de cuidados específicos, siendo particularmente vulnerables a diversas enfermedades, incluidas las infecciosas.**

El uso de antibióticos en personas mayores ha aumentado considerablemente en las últimas décadas, con una tendencia preocupante hacia la prescripción frecuente de antibióticos de amplio espectro, incluso cuando no están justificados. Este patrón es especialmente común en el manejo de infecciones respiratorias, urinarias y cutáneas, muchas de las cuales podrían resolverse sin tratamiento antimicrobiano o con alternativas menos agresivas. En esta población, los síntomas y signos de infección pueden ser inespecíficos o confundirse con otras enfermedades preexistentes, lo que a menudo conduce a una "medicina defensiva" que prioriza la prescripción de antibióticos como medida preventiva.

Coordinador/a: Jesús Ortega Martínez || Miembros (orden alfabético): Estibaliz Alonso Saratxaga, Javier Arranz Izquierdo, Josep M^a Cots Yago, Javier Muñoz Gutiérrez, M^a Isabel Gutiérrez Pérez, Irantzu Huarte Labiano, Carles Llor Vilà, M^a Eulalia Lucio Villegas, Manuel de Mergelina Botet, José M^a Molero García, M^a Lluïsa Morató Agustí, Santiago Pérez Cachafeiro, Alejandra Pérez Pérez, José Luis Ramón Trapero, Montserrat Redondo Prieto, Joana Maria Ribas Estarellas.

GRUPO DE TRABAJO EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Se estima que más del 50% de estos tratamientos se considera inapropiado, especialmente debido a la confusión entre infecciones bacterianas y virales, como la bacteriuria asintomática, que a menudo se trata sin justificación. Los criterios Beers y STOPP identifican ciertos antibióticos como inapropiados en esta población, debido a su riesgo elevado de efectos adversos y el impacto en la resistencia antimicrobiana, lo que aumenta la hospitalización y la mortalidad en un grupo ya vulnerable.

CONSIDERACIONES Y PRECAUCIONES PARA EL USO DE ANTIBIÓTICOS EN PERSONAS MAYORES

ANTIBIÓTICO	RIESGO EN PERSONAS MAYORES	CONSIDERACIONES Y PRECAUCIONES
Fluoroquinolonas (Ej. Ciprofloxacino, Levofloxacino, Moxifloxacino)	- Efectos sobre el sistema nervioso central: confusión, alucinaciones, convulsiones., neuropatías, - Tendinitis y rotura de tendones, especialmente en adultos mayores. - Aneurisma y disección aórtica.	- Evitar en pacientes con antecedentes de problemas tendinosos. - Usar con precaución en personas con factores de riesgo para el desarrollo de regurgitación e insuficiencia valvular cardíaca - En general, reservar para infecciones graves o resistentes en personas mayores
Aminoglucósidos (Ej. Gentamicina, Tobramicina)	Nefrotoxicidad y ototoxicidad particularmente en tratamientos prolongados por riesgo de toxicidad acumulativa.	Evitar en pacientes con función renal comprometida.
Cefalosporinas (Ej. Ceftriaxona, Cefotaxima)	- Riesgo de insuficiencia renal debido a la acumulación del fármaco. - Selección de bacterias resistentes, incluyendo aquellas productoras de BLEE y de colitis pseudomembranosa por <i>Clostridium difficile</i>	- Ajustar dosis en pacientes con insuficiencia renal. - Evitar su uso en infecciones leves/moderadas.
Amoxicilina/ácido clavunico	- Selección de bacterias resistentes, incluyendo aquellas productoras de BLEE y de colitis pseudomembranosa por <i>Clostridium difficile</i> - Acumulación en casos de función renal disminuida.	- Uso en infecciones moderadas bacterianas confirmadas o altamente sospechosas. - Ajustar la dosis según la función renal. - Uso en infecciones moderadas bacterianas confirmadas o altamente sospechosas.

CONSIDERACIONES Y PRECAUCIONES PARA EL USO DE ANTIBIÓTICOS EN PERSONAS MAYORES

ANTIBIÓTICO	RIESGO EN PERSONAS MAYORES	CONSIDERACIONES Y PRECAUCIONES
Macrólidos (Ej. Azitromicina, Claritromicina)	- Interacciones farmacológicas frecuentes al inhibir el citocromo CYP3A4, (pe. Anticoagulantes, estatinas, benzodiacepinas). - Prolongación del intervalo QT y riesgo de arritmias.	Evitar en pacientes con antecedentes de arritmias
Tetraciclinas (Ej. Doxiciclina, Minociclina)	- Disminución de la función renal en casos de dosis altas. - Riesgo de toxicidad hepática.	Usar con precaución en pacientes con insuficiencia renal o hepática.
Sulfonamidas (Ej. Trimetoprim-sulfametoxazol)	- Riesgo de hiperpotasemia, especialmente en - pacientes que toman IECA/ARA II o con - insuficiencia renal; aumento del riesgo de - reacciones adversas como agranulocitosis.	- Evitar en pacientes con antecedentes de alergias a sulfonamidas. - En tratamientos prolongados monitorear el recuento de leucocitos.
Clindamicina	Riesgo de colitis pseudomembranosa por Clostridium difficile, especialmente en personas frágiles y tratamiento prolongado	Considerar solo en infecciones graves o resistentes.

BLEE: Betalactamasas de espectro extendido ; **IECA:** Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina; **ARAI:** Antagonistas de los Receptores de Angiotensina II

Fuente: elaboración propia

El uso inadecuado y prolongado de antibióticos en personas mayores conlleva riesgos significativos:

- 1. Aumento de la resistencia antimicrobiana:** La administración indiscriminada de antibióticos de amplio espectro favorece el desarrollo de bacterias resistentes, lo cual no solo afecta a los individuos tratados, sino que incrementa la carga de resistencia a nivel comunitario y hospitalario.
- 2. Efectos adversos:** Las personas mayores son más susceptibles a los efectos secundarios de los antibióticos, como toxicidad renal, hepática o trastornos gastrointestinales. Además, existe un riesgo elevado de infección por *Clostridium difficile*, que puede desencadenar colitis pseudomembranosa, una enfermedad grave con alta mortalidad en esta población.
- 3. Desequilibrio del microbioma:** La alteración del microbioma intestinal y de otros sitios por el uso innecesario de antibióticos no solo perjudica la digestión y la absorción de nutrientes, sino que también facilita la colonización por bacterias resistentes.

Este documento tiene como objetivo proporcionar recomendaciones basadas en la evidencia para evitar el uso innecesario de antibióticos en la población anciana y promover una práctica clínica responsable en el marco del Día Europeo del Uso Prudente de Antibióticos.

BIBLIOGRAFÍA

- BDCAP. Caracterización del consumo de antibióticos (J01) (Internet). Madrid: Ministerio de Sanidad. Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS, dic 2023. (Acceso 16 nov 2024): Disponible: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/11_Antibioticos.pdf&ved=2ahUKEwiE5pq9g-GJAXWoSVEDHVsnBIEQFnoECBIQAQ&usq=AOvVaw2h01zkiPymXe8ELVoxxy-mentos.pdf&ved=2ahUKEwiE5pq9g-GJAXWoSVEDHVsnBIEQFnoECDgQAQ&usq=AOvVaw2XIXdgvHCwXV6Zvgk2FXJq
- Nicieza García ML, Pérez Solís P, Gómez de Oña C, Suárez Gil P, Rolle Sónora V, Suárez Mier B. Consumo de antibióticos en atención primaria en población adulta de Asturias durante el periodo 2014-2020. Aten Primaria. 2022 Mar;54(3):102261. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2021.102261. Epub 2021 Dec 16.
- BDCAP. Perfil de utilización antibióticos por edad y sexo. (Internet). Madrid: Ministerio de Sanidad. Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS, ago 2023. (Acceso 16 nov 2024): Disponible: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/10Perfil_uso_medica-mentos.pdf&ved=2ahUKEwiE5pq9g-GJAXWoSVEDHVsnBIEQFnoECDgQAQ&usq=AOvVaw2XIXdgvHCwXV6Zvgk2FXJq
- Nicoll LE, Strausbaugh LJ, Garibaldi RA. Infections and antibiotic resistance in nursing homes. Clin Microbiol Rev. 1996 Jan;9(1):1-17. doi: 10.1128/CMR.9.1.1.
- GBD 2021 Antimicrobial Resistance Collaborators. Global burden of bacterial antimicrobial resistance 1990-2021: a systematic analysis with forecasts to 2050. Lancet. 2024 Sep 28;404(10459):1199-1226. doi: 10.1016/S0140-6736(24)01867-1.
- Theodorakis, N.; Feretakis, G.; Hitas, C.; Kreouzi, M.; Kalantzi, S.; Spyridaki, A.; Boufeas, I.Z.; Sakagianni, A.; Paxinou, E.; Verykios, V.S.; et al. Antibiotic Resistance in the Elderly: Mechanisms, Risk Factors, and Solutions. Microorganisms 2024, 12, 1978 DOI:10.3390/microorganisms12101978
- Llor C, Bjerrum L. Antimicrobial resistance: risk associated with antibiotic overuse and initiatives to reduce the problem. Ther Adv Drug Saf. 2014 Dec;5(6):229-241. doi: 10.1177/2042098614554919
- Gohil NV, Gandara FF, Gohil H, Gurajala S, Innocent DC, Tesfaye T, Praticò D. Prevalence of Antibiotic Resistance in Older Adults and Alzheimer's Disease Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Alzheimers Dis Rep. 2024 Sep 10;8(1):1241-1251. doi: 10.3233/ADR-240057.
- Chung HS, Namgung M, Lee DH, Choi Y, Choi YH, Choi JY, Bae SJ. Comparison of antibiotic resistance rates and outcomes among older adult patients with urinary tract infections living in long-term care hospitals and the community. Geriatr Nurs. 2023 Sep-Oct;53:6-11. doi: 10.1016/j.gerinurse.2023.06.012.
- Biguenet A, Bouxom H, Bertrand X, Slekovec C. Antibiotic resistance in elderly patients: Comparison of Enterobacterales causing urinary tract infections between community, nursing homes and hospital settings. Infect Dis Now. 2023 Feb;53(1):104640. doi: 10.1016/j.idnow.2022.12.005. Epub 2023 Jan 5.
- Soraci L, Cherubini A, Paoletti L, Filippelli G, Luciani F, Laganà P, Gambuzza ME, Filicetti E, Corsonello A, Lattanzio F. Safety and Tolerability of Antimicrobial Agents in the Older Patient. Drugs Aging. 2023 Jun;40(6):499-526. Doi: 10.1007/s40266-023-01019-3.
- Zazzara MB, Palmer K, Vetrano DL, Carfi A, Onder G. Adverse drug reactions in older adults: a narrative review of the literature. Eur Geriatr Med. 2021 Jun;12(3):463-473. Doi: 10.1007/s41999-021-00481-9. Epub 2021 Mar 18. Erratum in: Eur Geriatr Med. 2022 Feb;13(1):307. Doi: 10.1007/s41999-021-00591-4.
- Mancinetti F, Marinelli A, Boccardi V, Mecocci P. Challenges of infectious diseases in older adults: From immunosenescence and inflammaging through antibiotic resistance to management strategies. Mech Ageing Dev. 2024 Oct 22;222:111998. Doi: 10.1016/j.mad.2024.111998.
- Buowari YD. Antibiotic Resistance in the Elderly. J Aging Res Healthc. 2017. 1(4):1-4. <https://doi.org/10.14302/issn.2474-7785.jarh-16-1396>
- Lathakumari RH, Vajravelu LK, Satheesan A, Ravi S, Thulukanam J. Antibiotics and the gut microbiome: Understanding the impact on human health. Med Microecol. 2022; 20, 100106. <https://doi.org/10.1016/j.medmic.2024.100106>
- Ramirez J, Guarner F, Bustos Fernandez L, Maruy A, Sdepanian VL, Cohen H. Antibiotics as Major Disruptors of Gut Microbiota. Front Cell Infect Microbiol. 2020 Nov 24;10:572912. Doi: 10.3389/fcimb.2020.572912.

GRUPO DE TRABAJO EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS



**EVITAR USAR DE FORMA
EMPÍRICA ANTIBIÓTICOS ANTE UN
CUADRO AGUDO DE DETERIORO
FUNCIONAL O MENTAL SIN CAUSA
APARENTE EN PERSONAS MAYORES**



**EVITAR UTILIZAR ANTIBIÓTICOS
DE AMPLIO ESPECTRO COMO
TRATAMIENTO INICIAL EN NEUMONÍAS
COMUNITARIAS EN PACIENTES MAYORES
SIN FACTORES DE RIESGO ESPECÍFICOS**



**EVITAR UTILIZAR
PAUTAS LARGAS DE
ANTIBIÓTICOS EN LAS INFECCIONES
COMUNITARIAS**



**EVITAR TRATAR SIEMPRE LA
BACTERIURIA ASINTOMÁTICA EN
PERSONAS MAYORES NO
PORTADORAS DE Sonda URINARIA**



**EVITAR USAR ANTIBIÓTICOS DE
AMPLIO ESPECTRO DE MANERA
ROUTINARIA EN PERSONAS MAYORES
EN LAS INFECCIONES MÁS COMUNES
A NIVEL COMUNITARIO**



**EVITAR UTILIZAR ANTIBIÓTICOS
COMO PROFILAXIS PARA PREVENIR
INFECCIONES URINARIAS EN
PERSONAS MAYORES EN LOS
CAMBIOS DE Sonda URINARIA**



**EVITAR LA PRESCRIPCIÓN DE
ANTIBIÓTICOS EN LA POBLACIÓN
MAYOR CON BRONQUITIS AGUDA PARA
PREVENIR EL RIESGO DE
COMPLICACIONES**



**EVITAR USAR QUINOLONAS
COMO PRIMERA LÍNEA EN
INFECCIONES URINARIAS
COMPLICADAS EN PERSONAS
MAYORES**



**EN POBLACIÓN MAYOR TAMBIÉN
EMPLEAR ESCALAS CLÍNICAS DE
EVALUACIÓN DE PROBABILIDAD DE
QUE UNA FARINGITIS SEA DE ORIGEN
ESTREPTOCÓCICO**



**EVITAR USAR ANTIBIÓTICOS PARA
HERIDAS DE ÚLCERAS POR PRESIÓN
EN ADULTOS MAYORES SIN SIGNOS
DE INFECCIÓN CLÍNICA**



EVITAR USAR DE FORMA EMPÍRICA ANTIBIÓTICOS ANTE UN CUADRO AGUDO DE DETERIORO FUNCIONAL O MENTAL SIN CAUSA APARENTE EN PERSONAS MAYORES

JUSTIFICACIÓN

Con cierta frecuencia las infecciones en personas mayores presentan características clínicas atípicas, debido entre otros motivos a los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento y a la frecuente presencia de comorbilidades. Generalmente no aparecerán síntomas; o en el caso de que apareciera alguno, serían síntomas poco significativos o inespecíficos (no se corresponden con los síntomas clásicos de las infecciones). La fiebre puede estar ausente o ser leve, los cambios en otros signos vitales (FC, FR, HTA) son menos marcados. En ocasiones, estos pacientes experimentan solo un empeoramiento de su estado mental (con posible aparición de confusión o delirio), funcional (apatía, debilidad generalizada, fatiga/cansancio, disminución del apetito) o físico. Ante estas manifestaciones de instauración aguda, muchos médicos optan por el uso empírico de antibióticos sin un diagnóstico claro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Caterino JM, Kline DM, Leininger R, Southerland LT, Carpenter CR, Baugh CW, Pallin DJ, Hunold KM, Stevenson KB. Nonspecific Symptoms Lack Diagnostic Accuracy for Infection in Older Patients in the Emergency Department. J Am Geriatr Soc. 2019 Mar;67(3):484-492. doi: 10.1111/jgs.15679
2. Tran AK, Syed QS, Bierman AS, Singh H. State of the Science and Future Directions To Improve Diagnostic Safety in Older Adults. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; September 2024. AHRQ Publication No. 24-0010-7-EF. (acceso 16 nov 2024). Disponible en: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/diagnostic/resources/issue-briefs/dx-safety-older-adults.pdf>
3. Balogun SA, Philbrick JT. Delirium, a Symptom of UTI in the Elderly: Fact or Fable? A Systematic Review. Can Geriatr J. 2013 Mar 5;17(1):22-6. Doi: 10.5770/cgj.17.90. PMID: 24596591; PMCID: PMC3940475.
4. McKelvie, S., Moore, A., Croxson, C. et al. Challenges and strategies for general practitioners diagnosing serious infections in older adults: a UK qualitative interview study. BMC Fam Pract 20, 56 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0941-8>



EVITAR UTILIZAR PAUTAS LARGAS DE ANTIBIÓTICOS EN LAS INFECCIONES COMUNITARIAS

JUSTIFICACIÓN

Varios estudios han comparado la eficacia de la terapia antibiótica de corta duración frente a la de los tratamientos con pautas tradicionales más prolongados. Estos trabajos han valorado la conveniencia de una u otra pauta para infecciones de diferente nivel de gravedad (neumonía adquirida en la comunidad y nosocomial, exacerbación aguda de la EPOC, sinusitis, infecciones urinarias e intraabdominales complicadas, bacteriemia por gramnegativos, infecciones cutáneas bacterianas agudas, osteomielitis, la artritis séptica) y no han encontrado diferencias en la eficacia entre los tratamientos antibióticos de corta duración (generalmente ≤ 7 días) y los de larga. Estos resultados son también similares y extrapolables a personal de mayor edad para esas infecciones más comunes (de vías respiratorias y urinarias)

BIBLIOGRAFÍA

1. Spellberg B, Rice LB. Duration of Antibiotic Therapy: Shorter Is Better. *Ann Intern Med*. 2019 Aug 6;171(3):210-211. doi: 10.7326/M19-1509. Epub 2019 Jul 9.
2. Hanretty AM, Gallagher JC. Shortened Courses of Antibiotics for Bacterial Infections: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Pharmacotherapy*. 2018 Jun;38(6):674-687. doi: 10.1002/phar.2118.
3. Lee RA, Stripling JT, Spellberg B, Centor RM. Short-course antibiotics for common infections: what do we know and where do we go from here? *Clin Microbiol Infect*. 2023 Feb;29(2):150-159. doi: 10.1016/j.cmi.2022.08.024.
4. Vitiello A, Sabbatucci M, Salzano A, Zovi A. The importance of antibiotic treatment duration in antimicrobial resistance. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2024 Aug;43(8):1673-1675. doi: 10.1007/s10096-024-04867-y
5. Ahmed H, Farewell D, Francis NA, Paranjothy S, Butler CC. Impact of antibiotic treatment duration on outcomes in older men with suspected urinary tract infection: Retrospective cohort study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2019 Jun;28(6):857-866. doi: 10.1002/pds.4791.
6. Llor C, Moragas A, Miravittles M, Mesquita P, Cordoba G. Are short courses of antibiotic therapy as effective as standard courses for COPD exacerbations? A systematic review and meta-analysis. *Pulm Pharmacol Ther*. 2022 Feb;72:102111. doi: 10.1016/j.pupt.2022.102111.



EVITAR USAR ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO DE MANERA RUTINARIA EN PERSONAS MAYORES EN LAS INFECCIONES MÁS COMUNES A NIVEL COMUNITARIO

JUSTIFICACIÓN

La administración de antibióticos de amplio espectro aumenta el riesgo de desarrollar bacterias resistentes, tanto en el paciente individual como en la comunidad. El uso de antibióticos de amplio espectro altera el microbioma intestinal y a los otros microbiomas residentes, debilitando la barrera natural contra patógenos y aumentando la predisposición a infecciones resistentes. La población mayor está más expuesta a antibióticos en general, y más concretamente de amplio espectro, que en edades más jóvenes. Diferentes estudios han mostrado que la exposición frecuente de estos pacientes añosos a estos antibióticos incrementa el riesgo de infecciones por bacterias gramnegativas productoras de betalactamasas de espectro extendido, productoras de carbapenemasas y/o multirresistentes. Además, los pacientes mayores son particularmente susceptibles a los efectos adversos de los antibióticos de amplio espectro (toxicidad renal, hepática o infección por *Clostridium difficile*). Aunque es cierto que en las personas de más edad existe mayor riesgo de patógenos menos habituales y con mayor probabilidad de presentar resistencias, las infecciones respiratorias y urinarias no complicadas en la comunidad suelen estar causadas por patógenos sensibles a antibióticos de espectro más reducido, especialmente en personas mayores que no se han expuesto a ciclos de antibioterapia sistémica previamente (3-6 meses antes). Los antibióticos de amplio espectro deberían reservarse para infecciones específicas con alta sospecha de resistencia (de acuerdo a los datos locales de resistencia) o casos de resistencia confirmada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cantón R, Barberán J, Linares M, Molero JM, Rodríguez-González-Moro JM, Salavert M, González Del Castillo J. Decalogue for the selection of oral antibiotics for lower respiratory tract infections. *Rev Esp Quimioter*. 2022 Feb;35(1):16-29. doi: 10.37201/req/172.2021.
2. Costelloe C, Metcalfe C, Lovering A, Mant D, Hay AD. Effect of antibiotic prescribing in primary care on antimicrobial resistance in individual patients: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2010;340
3. Schwartz DJ, Langdon AE, Dantas G. Understanding the impact of antibiotic perturbation on the human microbiome. *Genome Med*. 2020 Sep 28;12(1):82. doi: 10.1186/s13073-020-00782-x. Erratum in: *Genome Med*. 2021 Feb 12;13(1):26. doi: 10.1186/s13073-021-00846-6.



EVITAR LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN LA POBLACIÓN MAYOR CON BRONQUITIS AGUDA PARA PREVENIR EL RIESGO DE COMPLICACIONES

JUSTIFICACIÓN

En la gran mayoría de los casos (95%), la bronquitis aguda es de origen viral. En los casos de etiología bacteriana, las que se asocian con mayor frecuencia a la bronquitis aguda son *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydophila pneumoniae*, *Bordetella pertussis* o *Streptococcus pneumoniae*. En la población mayor, es más frecuente que la bronquitis pueda complicarse por infecciones bacterianas secundarias, especialmente en personas con comorbilidades o con sistemas inmunológicos debilitados. Dado que la mayoría de los casos de bronquitis aguda (también en ancianos) son virales, el tratamiento antibiótico no está indicado rutinariamente y se reserva para casos específicos en los que haya una sospecha clara de infección bacteriana secundaria o en pacientes con alto riesgo de complicaciones. Las indicaciones específicas para el uso de antibióticos en la bronquitis aguda son:

1. Signos de infección bronquial grave: (disnea severa, taquipnea, saturación de oxígeno baja, fiebre alta mantenida, disminución del nivel de conciencia, taquicardia, hipotensión arterial, dolor torácico intenso, hemoptisis persistente, descompensación de enfermedad crónica de base grave),
2. Confirmación o alta sospecha clínico-epidemiológica de infección por *Bordetella pertussis*,
3. Un resultado de la determinación rápida PCR capilar >100 mg/L. La prueba se reservaría para los casos de ausencia de mejoría clínica tras 10-14 días de evolución de la bronquitis o ante un empeoramiento clínico progresivo (fiebre y/o dificultad respiratoria) tras 5-7 días desde el inicio en pacientes con factores de alto riesgo de descompensación y complicaciones. Si no se dispone de la prueba rápida de PCR en sangre capilar, estas 2 circunstancias podrían ser criterio de antibioterapia

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de Trabajo de Pruebas Diagnósticas Rápidas de la GAAP. Ficha del parámetro analítico por prueba rápida: Proteína C reactiva capilar (PCR). Versión 2. Madrid: Gerencia Asistencial de AP. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid; 2023.
2. Llor C, Alkorta Gurrutxaga M, de la Flor I, Bru Jet al. Recomendaciones de utilización de técnicas de diagnóstico rápido en infecciones respiratorias en atención primaria. Aten Primaria. 2017 Aug-Sep;49(7):426-437. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2017.03.010
3. NICE guideline [NG120]: Cough (acute): antimicrobial prescribing. [Internet]. Mlce; 2019. (Actualizado 7 Feb 2019, acceso 11 nov 2024). Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng120>



EN POBLACIÓN MAYOR TAMBIÉN EMPLEAR ESCALAS CLÍNICAS DE EVALUACIÓN DE PROBABILIDAD DE QUE UNA FARINGITIS SEA DE ORIGEN ESTREPTOCÓCICO

JUSTIFICACIÓN

Los criterios de Centor, McIsaac y FeverPAIN son herramientas clínicas que ayudan a los médicos a evaluar la probabilidad de que una faringitis sea de origen estreptocócico (*Streptococo* betahemolítico del grupo A (EBHGA) o *S. pyogenes* y, por lo tanto, requiera tratamiento antibiótico. Estas escalas están diseñadas para optimizar el uso de antibióticos en la faringitis aguda, evitando su uso en infecciones virales, que son la etiología más frecuente. Son válidas para cualquier grupo de edad. Los criterios de Centor y su versión modificada McIsaac se usan frecuentemente en la evaluación de faringitis estreptocócica en diferentes edades. El criterio FeverPAIN es más específico y considera síntomas recientes y progresivos, siendo útil para la toma de decisiones rápidas en atención primaria, también en cualquier grupo de edad. Estos criterios suelen usarse junto con pruebas rápidas de detección de estreptococo del grupo A para aumentar la precisión diagnóstica en casos de faringitis aguda. Aunque la infección por EBHGA es menos frecuente en ancianos que otros grupos de edad y las complicaciones como la fiebre reumática son improbables en nuestro entorno (países de alto nivel económico), es importante diagnosticar y tratar de manera adecuada las infecciones por EBHGA para evitar otras complicaciones, especialmente infecciones invasivas. Éstas (septicemia, síndrome similar al shock tóxico estreptocócico y fascitis necrosante) sí son más frecuentes en la población mayor y presentan mayores tasas de complicaciones y de mortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brouwer S, Rivera-Hernandez T, Curren BF, Harbison-Price N, De Oliveira DMP, Jespersen MG, Davies MR, Walker MJ. Pathogenesis, epidemiology and control of Group A Streptococcus infection. *Nat Rev Microbiol*. 2023 Jul;21(7):431-447. doi: 10.1038/s41579-023-00865-7. Epub 2023 Mar 9. Erratum in: *Nat Rev Microbiol*. 2023 Sep;21(9):619. doi: 10.1038/s41579-023-00939-6.
2. Llor C, Alkorta Gurrutxaga M, de la Flor I, Bru Jet al. Recomendaciones de utilización de técnicas de diagnóstico rápido en infecciones respiratorias en atención primaria. *Aten Primaria*. 2017 Aug-Sep;49(7):426-437. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2017.03.010
3. Spinks A, Glasziou PP, Del Mar CB. Antibiotics for treatment of sore throat in children and adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Dec 9;12(12):CD000023. doi: 10.1002/14651858.CD000023.pub5.
4. Centor RM, Witherspoon JM, Dalton HP, Brody CE, Link K. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. *Med Decis Making*. 1981;1(3):239-46. doi: 10.1177/0272989X8100100304..
5. McIsaac WJ, Kellner JD, Aufricht P, Vanjaka A, Low DE. Empirical validation of guidelines for the management of pharyngitis in children and adults. *JAMA*. 2004 Apr 7;291(13):1587-95. doi: 10.1001/jama.291.13.1587. Erratum in: *JAMA*. 2005 Dec 7;294(21):2700. PMID: 15069046.
6. Little P, Moore M, Hobbs FD, Mant D, McNulty C, Williamson I, Cheng E, Stuart B, Kelly J, Barnett J, Mullee M; PRISM investigators. PRISM care Streptococcal Management (PRISM) study: identifying clinical variables associated with Lancefield group A β -haemolytic streptococci and Lancefield non-Group A streptococcal throat infections from two cohorts of patients presenting with an acute sore throat. *BMJ Open*. 2013 Oct 25;3(10):e003943. doi: 10.1136/bmjopen-2013-003943.



EVITAR UTILIZAR ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO COMO TRATAMIENTO INICIAL EN NEUMONÍAS COMUNITARIAS EN PACIENTES MAYORES SIN FACTORES DE RIESGO ESPECÍFICOS

JUSTIFICACIÓN

La afirmación de no utilizar antibióticos de amplio espectro como tratamiento inicial en neumonías comunitarias (NC) en pacientes mayores sin factores de riesgo específicos se fundamenta en la evidencia etiológica, epidemiológica y farmacológica. Este enfoque busca evitar el uso innecesario de recursos terapéuticos, reducir la presión selectiva sobre las bacterias y prevenir eventos adversos, especialmente en una población vulnerable como son los pacientes mayores.

La etiología de la NAC varía en función de diferentes características del paciente y de la infección. En general, a mayor edad del paciente, mayor va a ser el número de comorbilidades crónicas que éste presente (incluida la inmunosupresión). Mayor va a ser el número de ciclos de antibioterapia a los que se haya expuesto el paciente. Y lo que supone mayor gravedad de todo: mayor va a ser la probabilidad de patógenos menos habituales. De esta forma, los serotipos de neumococo (patógeno más frecuentemente implicado en NAC en adultos) son los que tienen mayor probabilidad de presentar resistencias y de producir formas invasivas (también los gramnegativos como *H. Influenzae*, *K. Pneumoniae* y otras enterobacterias). En ausencia de factores de riesgo específicos (hospitalización previa, contacto con sistemas sanitarios, exposición a antibióticos recientes), no es frecuente la implicación de microorganismos resistentes como bacterias gramnegativas multirresistentes o *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (MRSA) o *Legionella pneumophila*.

El uso de antibióticos de amplio espectro debe reservarse para situaciones donde exista un mayor riesgo de infecciones por patógenos resistentes o de difícil tratamiento, tales como:

- Hospitalización reciente (últimos 90 días).
- Uso previo de antibióticos (últimos 90 días).
- Comorbilidades graves y múltiples (2 o más): EPOC severo, insuficiencia renal, diabetes mellitus descontrolada.
- Inmunosupresión: uso de corticoides, quimioterapia, VIH avanzado.
- Contacto cercano con entornos sanitarios: residencias de ancianos o centros de atención prolongada.

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE



EVITAR UTILIZAR ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO COMO TRATAMIENTO INICIAL EN NEUMONÍAS COMUNITARIAS EN PACIENTES MAYORES SIN FACTORES DE RIESGO ESPECÍFICOS

VIENE DE LA PÁGINA ANTERIOR

En ausencia de estos factores, es innecesario y contraproducente usar antibióticos de amplio espectro. El uso inapropiado de antibióticos de amplio espectro (p. ej., cefalosporinas de tercera generación o fluoroquinolonas) favorece la selección de bacterias resistentes. Estas incluyen: neumococo resistente a penicilinas o macrólidos y enterobacterias productoras de β -lactamasas de espectro extendido (BLEE). Los antibióticos de amplio espectro como las fluoroquinolonas están asociados con efectos secundarios

Las diferentes guías de práctica clínica nacionales e internacionales recomiendan tratar la NAC no graves a nivel ambulatorio en personas mayores, sin comorbilidades ni factores de riesgo de resistencia con amoxicilina a dosis altas como primera línea de tratamiento, asociado a macrólido si existe riesgo de *Legionella* spp. Amoxicilina con ácido clavulánico o cefalosporinas de 3ª generación orales (como cefditoren) como alternativa, se reservan para personas con comorbilidades graves o múltiples o factores de riesgo de resistencia bacteriana. Las quinolonas respiratorias (como levofloxacino y moxifloxacino) deben reservarse para el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad cuando no se puedan emplear otros antibióticos recomendados, ya sea por alergias, contraindicaciones, resistencia bacteriana confirmada o fracaso de tratamientos previos.

La cobertura de patógenos atípicos (añadir macrólidos a betalactámicos) no es necesaria de inicio salvo que exista una elevada sospecha de *Legionella pneumophila*. Presentan un riesgo elevado para esto pacientes de edad avanzada (>50 años), el tabaquismo activo o previo, enfermedades crónicas como EPOC, insuficiencia renal, diabetes mellitus o patologías cardiovasculares o inmunosupresión, ya sea por tratamientos con corticoides, inmunomoduladores, trasplantes de órganos, VIH o cáncer. Los mayores tienen mayor susceptibilidad a las complicaciones por antibióticos, pero también responden adecuadamente a tratamientos dirigidos si la elección inicial es adecuada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de uso de antimicrobianos en tratamientos ambulatorios. Adultos. 3ª Ed. Madrid: Subdirección General de Farmacia de la Comunidad de Madrid, 2023. (Acceso 16 nov 2024). Disponible en: <https://gestion7.madrid.org/antimicrobianos/#!/main-menu>
2. Cilloniz C, Martin-Loeches I, Garcia-Vidal C, San Jose A, Torres A. Microbial Etiology of Pneumonia: Epidemiology, Diagnosis and Resistance Patterns. Int J Mol Sci. 2016 Dec 16;17(12):2120. Doi: 10.3390/ijms17122120. PMID: 27999274; PMCID: PMC5187920.
3. Cilloniz C, Cardozo C, García-Vidal C. Epidemiology, pathophysiology, and microbiology of community-acquired pneumonia. Epidemiology, pathophysiology, and microbiology of community-acquired pneumonia, 2018. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://arh.amegroups.org/article/view/3921/html&ved=2ahUKewjhogT9qOGJAXUGg_0HHdEnCkQFnoECB8QAO&usq=AOvVaw0_FF7RL7yoRvKdiIWxWwU
4. Shoar S, Musher DM. Etiology of community-acquired pneumonia in adults: a systematic review. Pneumonia (Nathan). 2020 Oct 5;12:11. doi: 10.1186/s41479-020-00074-3. PMID: 33024653; PMCID: PMC7533148.
5. Gadsby NJ, Musher DM, 2022. The Microbial Etiology of Community-Acquired Pneumonia in Adults: from Classical Bacteriology to Host Transcriptional Signatures. Clin Microbiol Rev 35:e00015-22. <https://doi.org/10.1128/cmr.00015-22>
6. Torres A, Blasi F, Peetermans WE, Viegi G, Welte T. The aetiology and antibiotic management of community-acquired pneumonia in adults in Europe: a literature review. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2014 Jul;33(7):1065-79. Doi: 10.1007/s10096-014-2067-1. Epub 2014 Feb 15. PMID: 24532008; PMCID: PMC4042014.
7. Häder A, Köse-Vogel N, Schulz L, Mlynska L, Hornung F, Hagel S, Teichgräber U, Lang SM, Pletz MW, Saux CJL, Löffler B, Deinhardt-Emmer S. Respiratory Infections in the Aging Lung: Implications for Diagnosis, Therapy, and Prevention. Aging Dis. 2023 Aug 1;14(4):1091-1104. doi: 10.14336/AD.2023.0329. PMID: 37163442; PMCID: PMC10389836.



EVITAR TRATAR SIEMPRE LA BACTERIURIA ASINTOMÁTICA EN PERSONAS MAYORES NO PORTADORAS DE SONDA URINARIA

JUSTIFICACIÓN

En personas mayores no portadoras de sonda urinaria, el tratamiento de la bacteriuria asintomática (BA) con antibióticos no ha demostrado reducir el riesgo de desarrollar una infección urinaria sintomática o complicaciones graves. En este grupo de edad existe mayor riesgo de efectos adversos, incluyendo la infección por *Clostridium difficile*, y de generar resistencias. Los antibióticos para erradicar uropatógenos como *E. coli* y otras enterobacterias gramnegativas son de amplio espectro. En personas mayores, donde la exposición a antibióticos es frecuente, la utilización innecesaria de antibioterapia puede limitar las opciones de tratamiento efectivo en caso de infecciones futuras. Las recomendaciones científicas y guías clínicas actuales desaconsejan el tratamiento sistemático de la BA en personas mayores, excepto:

1. Antes de someterse a procedimientos urológicos invasivos que puedan comprometer la integridad de la mucosa (resección transuretral de próstata, cistoscopias con biopsia o cirugías urológicas mayores), para prevenir infecciones postoperatorias y bacteriemias
2. En el período inicial postrasplante renal (generalmente hasta seis meses), debido al alto riesgo de infección urinaria sintomática y sus complicaciones en este contexto de inmunosupresión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nicolle LE, Gupta K, Bradley SF, Colgan R, DeMuri GP, Drekonja D, Eckert LO, Geerlings SE, Köves B, Hooton TM, Juthani-Mehta M, Knight SL, Saint S, Schaeffer AJ, Trautner B, Wullt B, Siemieniuk R. Clinical Practice Guideline for the Management of Asymptomatic Bacteriuria: 2019 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2019 May 2;68(10):e83-e110. doi: 10.1093/cid/ciy1121. PMID: 30895288.
2. Kutchukian S, Gondran-Tellier B, Dinh A, Robin H, Bigot P, Françot M, de Vergie S, Rigaud J, Chapuis M, Brureau L, Jousseau C, Karray O, Kosseifi FT, Borojeni S, Descazeaud A, Chicaud M, Asare HJ, Gaullier M, Poussot B, Tricard T, Baboudjian M, Lechevallier É, Delpech PO, Ayoub E, Ducouso H, Bernardeau S, Bruyère F, Vallée M. Asymptomatic Bacteriuria and Urological Surgery: Risk Factor or Not? Results From the National and Multicenter TOCUS Database. *J Urol*. 2024 Sep;212(3):461-469. doi: 10.1097/JU.0000000000004047. Epub 2024 May 16. PMID: 38753587.
3. Luu T, Albarillo FS. Asymptomatic Bacteriuria: Prevalence, Diagnosis, Management, and Current Antimicrobial Stewardship Implementations. *Am J Med*. 2022 Aug;135(8):e236-e244. doi: 10.1016/j.amjmed.2022.03.015. Epub 2022 Mar 31. PMID: 35367448.
4. Kranz J, Bartoletti R, Bruyère F, Cai T, Geerlings S, Köves B, Schubert S, Pilatz A, Veeratterapillay R, Wagenlehner FME, Bausch K, Devlies W, Horváth J, Leitner L, Mantica G, Mezei T, Smith EJ, Bonkat G. European Association of Urology Guidelines on Urological Infections: Summary of the 2024 Guidelines. *Eur Urol*. 2024 Jul;86(1):27-41. doi: 10.1016/j.eururo.2024.03.035. Epub 2024 May 6. PMID: 38714379.
5. Plasencia JT, Ashraf MS. Management of Bacteriuria and Urinary Tract Infections in the Older Adult. *Urol Clin North Am*. 2024 Nov;51(4):585-594. doi: 10.1016/j.ucl.2024.07.002. Epub 2024 Aug 7. PMID: 39349025.



EVITAR UTILIZAR ANTIBIÓTICOS COMO PROFILAXIS PARA PREVENIR INFECCIONES URINARIAS EN PERSONAS MAYORES EN LOS CAMBIOS DE SONDA URINARIA

JUSTIFICACIÓN

La evidencia más reciente y sólida sobre la necesidad de profilaxis antibiótica durante el recambio de sonda urinaria en pacientes sin signos de infección indica que esta medida no se recomienda de forma rutinaria. En general, las guías establecen que la profilaxis antibiótica no previene de manera efectiva las infecciones urinarias asociadas a catéter. En cambio, esto puede incrementar el riesgo de resistencia antimicrobiana y otros efectos adversos, como la bacteriuria asintomática (frecuente en estos pacientes con catéteres y no se recomienda su tratamiento). La presencia de síntomas inespecíficos, como cambios en el estado funcional o mental en adultos mayores, no debe atribuirse automáticamente a una ITU. En caso de que un paciente con catéter presente síntomas de ITU, es fundamental realizar un diagnóstico adecuado antes de iniciar el tratamiento antibiótico. Se debe obtener una muestra de orina para cultivo y antibiograma antes de iniciar el tratamiento y el tratamiento debe dirigirse al microorganismo específico aislado

BIBLIOGRAFÍA

1. Geerlings S, Köves B, Kranz J, Schubert S, Pilatz A, Veeratterapillay R, et al. EAU Guidelines on: Urological Infections [Internet]. European Association of Urology, 2024 Apr. (Acceso 11 nov 2024). Disponible en: <https://d56bochluxqgz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Urological-Infections-2024.pdf>
 2. Trautner BW, Gupta K. Catheter-associated urinary tract infection in adults [Internet]. Updated: Sep 03, 2024. UpToDate, 2023. (Acceso 11 nov 2024). Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/catheter-associated-urinary-tract-infection-in-adults>
- Medical technologies guidance [MTG69]: UroShield for preventing catheter-associated urinary tract infections Medical technologies guidance [Internet]. NICE, 31 March 2022. (Acceso 11 nov 2024). Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/mtg69/resources/uroshield-for-preventing-catheter-associated-urinary-tract-infections-pdf-64372185108421>



EVITAR USAR QUINOLONAS COMO PRIMERA LÍNEA EN INFECCIONES URINARIAS COMPLICADAS EN PERSONAS MAYORES

JUSTIFICACIÓN

Existen evidencia suficiente para no usar las quinolonas como primera línea en infecciones urinarias complicadas en personas mayores. La etiología de las ITU complicadas varía significativamente entre personas mayores y más jóvenes debido a factores como la inmunosenescencia, comorbilidades crónicas, hospitalizaciones frecuentes y el uso de sonda urinaria. *Escherichia coli* sigue siendo el principal patógeno, pero con mayores tasas de resistencia a quinolonas, cefalosporinas y multirresistentes. Además, aumentan otros patógeno respecto a la población más joven como *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Enterococcus spp.* Además en Infecciones asociadas al uso de sondas vesicales o procedimientos urológicos, la etiología es polimicrobiana. A pesar de esta modificación en la etiología asociada a la edad, los uropatógenos en las ITU complicadas en personas mayores siguen siendo bacilos entéricos gramnegativos. Actualmente en España, entre los antibióticos disponibles para tratar esta etiología a nivel comunitario, están los betalactámicos (amoxicilina/ácido clavulánico) y cefalosporinas, que tienen mayores tasas de sensibilidad que las quinolonas. Los patrones de resistencia bacteriana han mostrado un aumento significativo en uropatógenos como *Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae*, lo que reduce la eficacia de las quinolonas.

Además, las quinolonas se asocian con eventos adversos significativos en personas mayores, especialmente en presencia de comorbilidades y polifarmacia. Entre los efectos de especial interés en personas mayores se encuentran:

1. Tendinopatías y ruptura de tendones, particularmente en pacientes con comorbilidades como insuficiencia renal o en tratamiento con corticoides,
2. Neuropatía periférica, que puede ser irreversible,
3. Delirio y alteraciones neuropsiquiátricas (ansiedad),
4. Cardiovasculares (prolongación del intervalo QT, riesgo de arritmias, insuficiencia valvular cardíaca, riesgo elevado de aneurismas y disección de la aorta),
5. Mayor riesgo de infección por *Clostridium difficile*.

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE



EVITAR USAR QUINOLONAS COMO PRIMERA LÍNEA EN INFECCIONES URINARIAS COMPLICADAS EN PERSONAS MAYORES

VIENE DE LA PÁGINA ANTERIOR

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), en línea con las recomendaciones de la Agencia Europea del Medicamento (EMA), ha emitido varias alertas relacionadas con los efectos adversos graves de las quinolonas. Estas advertencias se centran en la necesidad de restringir su uso y advertir sobre los riesgos asociados a estos fármacos. Estas restricciones de uso recomendadas por la AEMPS incluyen:

1. Evitar el uso en infecciones leves o autolimitadas, como faringitis, bronquitis aguda no complicada o sinusitis no grave,
2. Restringir su uso en infecciones complicadas o graves cuando no existan alternativas terapéuticas adecuadas,
3. Uso con precaución en personas mayores, pacientes con comorbilidades o aquellos en tratamiento con corticoides,
4. Precaución al recetarlas, especialmente en pacientes con factores de riesgo cardiovascular preexistentes, como hipertensión arterial, enfermedades del tejido conectivo (ej., síndrome de Marfan) o antecedentes familiares de aneurisma.
5. El tratamiento debe individualizarse según las características del paciente pero, en la actualidad, los betalactámicos (amoxicilina/ácido Clavulánico) o cefalosporinas de tercera generación (cefixima) son opciones más seguras y efectivas para el tratamiento empírico de ITU complicadas en población mayor.

BIBLIOGRAFÍA

1. FDA Drug Safety Communication. Fluoroquinolone antibiotics: Drug Safety Communication – Increased risk of ruptures or tears in the aorta. 2018.
2. ECDC. Surveillance Atlas of Infectious Disease. (Internet). (Acceso 15 nov 2024). Disponible: <https://atlas.ecdc.europa.eu/public/index.aspx>
3. Flores-Mireles AL, et al. Urinary tract infections: epidemiology, mechanisms of infection and treatment options. Nat Rev Microbiol. 2015;13(5):269-284.
4. European Association of Urology Guidelines on Urological Infections. EUA, 2024. (Acceso 15 nov 2024). Disponible: <https://d56bochlunqz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Urological-Infections-2024.pdf>
5. Olesen B, et al. Community-acquired urinary tract infections and antimicrobial resistance in Escherichia coli: trends over 17 years in a large Danish county. Clin Microbiol Infect. 2014;20(3):204-211.
6. Magill SS, et al. Multistate point-prevalence survey of health care-associated infections. N Engl J Med. 2014;370(13):1198-1208.
7. Disabling and potentially permanent side effects lead to suspension or restrictions of quinolone and fluoroquinolone antibiotics (internet). EMA, nov 2018. (Acceso 15 nov 2024). Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/quinolone-and-fluoroquinolone-article-31-referral-disabling-and-potentially-permanent-side-effects-lead-suspension-or-restrictions-quinolone-and-fluoroquinolone-antibiotics_en.pdf&ved=2ahUKEwiltvqgd6JAxUYU6QEhBQtLbEQFnoECBMQBg&usq=AOvVaw1U2MxJ3pKwZ1ehKOLftafN
8. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Fluoroquinolonas de uso sistémico o inhalado: riesgo de efectos adversos discapacitantes, graves y potencialmente permanentes. Nota MUH (FV), 12/2020, 30 de septiembre de 2020. (Acceso 15 nov 2024). Disponible en: https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2020/docs/NI_MUH_FV-12-2020-fluoroquinolonas.pdf.
9. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Fluoroquinolonas: restricción de uso debido al riesgo de aneurisma y disección aórtica. Nota MUH (FV), 1/2019, 22 de enero de 2019. Acceso 15 nov 2024). Disponible en: https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2019/docs/NI_MUH_FV-1-2019-quinolonas.pdf.



EVITAR USAR ANTIBIÓTICOS PARA HERIDAS DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN ADULTOS MAYORES SIN SIGNOS DE INFECCIÓN CLÍNICA

JUSTIFICACIÓN

Las úlceras por presión (UPP), especialmente en pacientes mayores y con comorbilidades, pueden presentar colonización bacteriana sin infección activa. La colonización, presente en la mayoría de las úlceras crónicas, no se asocia con síntomas sistémicos o locales de infección, como eritema, edema o aumento de la exudación. Estudios muestran que el tratamiento antibiótico en estos casos no se asocia con mejoras clínicas, no mejora la cicatrización ni previene complicaciones y puede contribuir a la resistencia bacteriana. Las guías de práctica clínica actuales y otros organismos recomiendan una evaluación cuidadosa de las UPP para distinguir entre colonización e infección, limitando los antibióticos sistémicos cuando existe evidencia clínica de infección sistémica (celulitis, fiebre, empeoramiento del dolor, osteomielitis o sepsis). Las guías clínicas recomiendan tratamientos alternativos para el manejo de las UPP sin infección, con o sin colonización, e incluyen cuidados de la herida (desbridamiento regular, limpieza adecuada y cambio frecuente de apósitos) junto con el control de factores de riesgo. El uso de antimicrobianos tópicos, como la plata o el cadexómero yodado, puede ser considerado como una alternativa al uso de antibióticos tópicos en casos de colonización crítica o infección local.

BIBLIOGRAFÍA

1. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline. Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019. (Acceso 11 nov 2024). Disponible en: <https://internationalguideline.com/s/CPG2019edition-digital-Nov2023version.pdf>
2. Gould LJ, Alderden J, Aslam R, Barbul A, Bogie KM, El Masry M, Graves LY, White-Chu EF, Ahmed A, Boanca K, Brash J, Brooks KR, Cockron W, Kennerly SM, Livingston AK, Page J, Stephens C, West V, Yap TL. WHS guidelines for the treatment of pressure ulcers-2023 update. Wound Repair Regen. 2024 Jan-Feb;32(1):6-33. doi: 10.1111/wrr.13130.