



## Infecciones en Urgencias. Nuevos retos para el siglo XXI

Las enfermedades infecciosas son aún una causa frecuente de morbimortalidad en todos los ámbitos de la asistencia sanitaria, a pesar de los avances producidos en su diagnóstico y tratamiento. Las áreas de urgencias de los hospitales no son una excepción. En este número de EMERGENCIAS se presentan las conclusiones de un ambicioso estudio epidemiológico, llevado a cabo en los servicios de urgencias de 65 hospitales distribuidos por toda la geografía de nuestro país. El gran esfuerzo invertido en la recogida de datos y su elaboración nos permite obtener, por primera vez, un panorama fidedigno de las infecciones atendidas en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) en nuestro medio. Las conclusiones más relevantes del estudio son que el 10,4% de los enfermos atendidos en urgencias son diagnosticados de un proceso infeccioso, las infecciones más frecuentes son las respiratorias y el 20,6% de los pacientes requieren ingreso hospitalario<sup>1</sup>.

El manejo de las infecciones en los SUH supone una serie de peculiaridades que lo hacen diferente del de los servicios hospitalarios y de la Atención Primaria. Se atienden, fundamentalmente, infecciones adquiridas en la comunidad, tanto en adultos como en niños. El espectro de gravedad es muy amplio, desde infecciones banales (la mayor parte) hasta algunas que ponen en serio peligro la vida del enfermo. La población atendida está formada por pacientes con diferentes situaciones clínicas, incluyendo enfermos con alteraciones graves de la inmunidad o afectados por patología crónica susceptible de agravarse ante la existencia de una infección. El diagnóstico es, habitualmente, de presunción, y el tratamiento empírico en la mayor parte de los casos<sup>2</sup>. Las dos decisiones más acuciantes ante las que se enfrenta el médico de urgencias son la indicación del ingreso hospitalario o el tratamiento ambulatorio de la infección y la elección del tratamiento antibiótico adecuado para cada caso. En la época en que vivimos existe una tendencia a tratar ambulatoriamente infecciones

que, hasta fechas recientes, suponían una indicación de ingreso hospitalario, como neumonías, pielonefritis y fiebre en el enfermo neutropénico. Hasta el momento actual no disponemos de guías de práctica clínica, desarrolladas y validadas en nuestro entorno asistencial, que, basándose en el estudio de factores pronósticos de grupos suficientemente amplios de enfermos, constituyan un apoyo en la decisión de ingreso hospitalario, identificando poblaciones de bajo riesgo, en las que el tratamiento ambulatorio sea seguro. A este respecto, se han desarrollado y validado guías de práctica clínica para el manejo de la neumonía y de la fiebre en el enfermo neutropénico que, con algunas salvedades y limitaciones, son aplicables en la medicina de urgencias<sup>3,4</sup>. Sería deseable utilizar una metodología similar en otros modelos de enfermedades infecciosas, con el fin de identificar pacientes en los que el manejo ambulatorio, contando con un seguimiento clínico adecuado, realizado en colaboración con la Atención Primaria o con los servicios de Hospitalización Domiciliaria, fuera seguro.

En lo que se refiere al tratamiento antibiótico en urgencias, el conjunto de agentes del que disponemos está sujeto a continuos cambios, que van paralelos a la aparición de resistencias bacterianas en los microorganismos. Existe una tendencia a utilizar regímenes terapéuticos más sencillos, con la aparición en el mercado de antibióticos de administración oral y parenteral, con un espectro amplio y ventajas en su posología, que permiten tratamientos cortos y con una única dosis diaria. La utilización innecesaria o inadecuada de antibióticos tiene como consecuencias fundamentales la falta de curación de la enfermedad infecciosa, la iatrogenia potencial de los fármacos utilizados, la facilitación de la aparición de resistencias de los microorganismos y la mala gestión de los recursos económicos<sup>5</sup>. En dos estudios sobre la calidad de la prescripción de antibióticos en SUH realizados en nuestro país, destaca que en prácticamente el 50% de las ocasiones, la prescripción no es adecuada, bien por tratar con antibióticos enfermedades no susceptibles de dicho tratamiento, o bien por errores en la elección del antimicrobiano o en su posolo-

gía<sup>6,7</sup>. Este hecho es preocupante y requiere la puesta en marcha de iniciativas correctoras por parte de las administraciones sanitarias y de las sociedades científicas. En este sentido, sería interesante la celebración de conferencias de consenso interdisciplinarias, que incluyan especialistas en Medicina de Urgencias, y que marquen las pautas más adecuadas de tratamiento antibiótico en nuestro medio. Otro aspecto importante del uso de antibióticos en Medicina de Urgencias es la rapidez de la instauración del tratamiento en infecciones graves; en algunas se ha observado que una demora menor, se asocia a un pronóstico mejor<sup>8</sup>. Razonablemente, esta conclusión puede extrapolarse a otras infecciones graves, lo que requiere un esfuerzo en la organización de los SUH, de forma que el tratamiento antibiótico sea lo más precoz posible.

Un dato preocupante es que en sólo un 12,5% de los casos estudiados se recogieron muestras para estudio microbiológico. Este hecho contrasta con que hasta un 20% de los mismos requirieron ingreso hospitalario<sup>1</sup>. La filiación microbiológica de las infecciones, particularmente de las más graves, no es un ejercicio de mera curiosidad científica, sino que es necesaria para conocer el espectro microbiológico de las infecciones y la monitorización de las resistencias de los microorganismos a los antimicrobianos. En este sentido, necesitamos realizar un esfuerzo colectivo para obtener estas muestras, al menos en los pacientes más graves.

Los SUH aportan una serie de ventajas a la hora de recoger información sobre diversas enfermedades; constituyen el entorno ideal para la vigilancia epidemiológica "centinela" de enfermedades infecciosas emergentes. Los SUH proporcionan

atención sanitaria a un número ingente de enfermos, realizan la cobertura médica de poblaciones que, en ocasiones, no acceden a otros niveles del sistema sanitario (emigrantes ilegales, indigentes, toxicómanos, etc.), facilitan el estudio y tratamiento de enfermedades potencialmente graves (sepsis, meningitis, *shock*, etc.), brindan una atención continuada que abarca las 24 horas del día y disponen de recursos diagnósticos y terapéuticos sofisticados prácticamente *in situ*<sup>9</sup>. Por estas razones los SUH deben ser piezas fundamentales en las estructuras que se elaboren para la detección precoz, tratamiento y prevención de las infecciones emergentes. Recientemente, en los Estados Unidos se ha desarrollado, en colaboración con los Centers for Disease Control, una red de vigilancia epidemiológica "centinela" basada en SUH, que recibe el nombre de EMERGENCY ID NET<sup>10</sup>. Los resultados que se obtengan de esta experiencia proporcionarán las guías de actuación para que los SUH incorporen estas funciones a la actividad que hasta ahora desarrollan.

En resumen, las infecciones suponen un reto para la Medicina de Urgencias en el futuro. Necesitamos conocer mejor qué infecciones vemos, cuáles son sus agentes etiológicos, qué tratamientos son los más adecuados y qué pacientes requieren ingreso hospitalario. Así mismo, debemos estar preparados para identificar las infecciones emergentes y para dar una respuesta rápida y eficaz a las infecciones graves. El estudio multicéntrico publicado en esta revista supone un primer paso importante, que debe ser el comienzo de futuras iniciativas en el apasionante campo de las infecciones en Urgencias.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Grupo para el Estudio de la Infección en Urgencias. Estudio epidemiológico de las infecciones en el Área de Urgencias. *Emergencias* 2000;12:80-90.
- 2- Talan DA. Infectious disease issues in the emergency department. *Clin Infect Dis* 1996;23:1-14.
- 3- Fine MJ, Auble TE, Yealy DM, Hanusa BH, Weissfeld LA, Singer DE, et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community acquired pneumonia. *N Engl J Med* 1997;337:243-50.
- 4- Rolston KVI, Rubenstein EB, Freifeld A. Early empiric antibiotic therapy for febrile neutropenia patients at low risk. *Infect Dis Clin North Am* 1996;10:223-37.
- 5- Talan DA. New concepts in antimicrobial therapy for Emergency Department infections. *Ann Emerg Med* 1999; 34:503-16.
- 6- Laguna P, Moya MS, García F, Salgado R, Calabrese S. Utilización de antibióticos en un servicio de urgencias hospitalario. Calidad de la prescripción. *Rev Clin Esp* 1996;196:431-6.
- 7- Vergeles-Blanca JM, Arroyo Fernández de Aguilar J, Hormeño Bermejo R, Elías Retamosa F, Cordero Torres JA, Buitrago F. Calidad y características de la prescripción de antibióticos en un servicio hospitalario de urgencias. *Rev Esp Salud Pública* 1998;72:111-8.
- 8- Meehan TP, Fine MJ, Krumholz HM, Scinto JD, Galusha DH, Mockalis JT, et al. Quality of care, process and outcomes in elderly patients with pneumonia. *JAMA* 1997;278:2080-4.
- 9- Moran GJ, Kyriacou DN, Newdow MA, Talan DA. Emergency Department Sentinel Surveillance for emerging infectious diseases. *Ann Emerg Med* 1995;26:351-4.
- 10- Talan DA, Moran GJ, Mower WR, Newdow M, Ong S, Slutsker L, et al. EMERGENCY ID NET: An emergency department-based emerging infections sentinel network. *Clin Infect Dis* 1999;28:401-2.

A. Gutiérrez Macías, M. Martínez Ortiz de Zárate  
Servicio de Urgencias. Hospital de Basurto. Bilbao