

DIFERENCIAS ADULTO/ANCIANO

Las ITUs en el anciano presentan características diferenciadas con respecto a la población adulta (tabla 2). La ITU sintomática es rara en el anciano en ausencia de catéter; así, en pacientes institucionalizados con bacteriuria, en ausencia de catéter, sólo el 10% de los episodios febriles se deben a ITU.

Sus manifestaciones clínicas pueden ser iguales que en los jóvenes, pero hemos de tener en cuenta que los síntomas geni-

tourinarios son frecuentes en el anciano sin ITU (DM, tratamiento diurético, excesiva ingesta hídrica, ansiedad y lesiones urogenitales, como litiasis o carcinoma vesical, o atrofia urogenital). Probablemente es más significativo de infección el deterioro agudo de los síntomas genitourinarios previos. También las ITUs pueden manifestarse en el anciano atípicamente, en forma de caídas, inmovilidad, confusión, mal estado general, dolor abdominal, anorexia, incontinencia urinaria o distrés respiratorio; el tratamiento suele devolverles a su estado de salud previo. Pero los pacientes con síntomas inespecíficos deben ser valorados exhaustivamente para descartar causas comunes tratables y evitar pautar antibióticos indiscriminadamente a todo anciano frágil que se deteriora.

Cuando existan síntomas de pielonefritis (fiebre, escalofríos, sudoración, vómitos y dolor abdominal), debe considerarse seriamente la hospitalización. Los ancianos tienen mayor riesgo de bacteriemia por pielonefritis, con mayor frecuencia de complicaciones como shock séptico. Hay que tener en cuenta que la presentación de la pielonefritis también puede ser atípica, sin fiebre ni leucocitosis.

Tabla 2. ITU: DIFERENCIAS ADULTO/ANCIANO

ADULTO	ANCIANO
No complicadas	Complicadas
1.º <i>E. coli</i> (80-90%)	1.º <i>E. coli</i> (50%)
2.º <i>Staph. saprophyticus</i>	2.º Otras enterobacterias Gram + (enterococo, estafilococo coagulasa, estreptococo grupo B) No hay <i>Staph. saprophyticus</i>
Recoger cultivo, optativo en mujeres	Recoger cultivo siempre
Síntomas genitourinarios	Raramente sintomática Síntomas atípicos

DIAGNÓSTICO

Si se sospecha la existencia de una ITU en el anciano, el diagnóstico debe confirmarse mediante el laboratorio, ya que el tratamiento basado exclusivamente en los síntomas resulta una tasa muy alta de errores terapéuticos.

La *piuria* (más de 5-10 leucocitos/campo de orina centrifugada) es un indicador sensible de ITU, y para algunos autores es el test más útil para diferenciar colonización de infección. La ausencia de piuria pone en duda el diagnóstico; en ese caso es muy poco probable que haya bacteriuria (existe piuria en el 90% de los pacientes con bacteriuria). Desgraciadamente, la piuria es inespecífica en el anciano, y puede estar presente en un 30% de enfermos con urocultivo negativo. Las «tiras» diagnósticas con *esterasa leucocitaria* pueden ser útiles para detectar piuria en el anciano cuando no hay microscopio al alcance. El *test de nitritos* ayuda a descartar bacteriuria con bastante especificidad, pero es poco sensible, ya que presenta falsos negativos por dieta pobre en nitratos o tratamiento con diuréticos, y no detecta estafilococos, enterococos ni *Pseudomonas*.

En mujeres jóvenes, algunos autores consideran como bacteriuria significativa una cifra de 10^3 unidades formadoras de colonias (UFC)/ml, pero esto no se ha estudiado en mujeres ancianas. En general, debemos considerar el número de colonias, sea cuál sea, y confrontarlo con el resto de información clínica disponible, para ver si estamos ante una ITU.

En ancianos deteriorados funcional o mentalmente puede ser difícil obtener un cultivo fiable, por lo que, si es preciso, habrá que utilizar una cateterización puntual, o colectores

externos en los varones. La mayor diversidad de uropatógenos aislados en la edad avanzada hace aconsejable recoger urocultivo en todo anciano con sospecha de ITU.

En mujeres institucionalizadas, la *E. coli* es el microorganismo más frecuentemente aislado, mientras que en varones el *Proteus mirabilis* iguala en frecuencia al *E. coli*. En instituciones es más frecuente aislar bacilos gramnegativos con resistencia antimicrobiana aumentada: *Citrobacter freundii*, *Enterobacter cloacae*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Providencia stuartii*. El 10-25% de BA en residencias son polimicrobianas.

TRATAMIENTO DE LA ITU SINTOMÁTICA

En la tabla 3 se presentan los tratamientos empíricos recomendados con más frecuencia en el anciano. En general, no se recomiendan cursos breves de tratamiento en la persona mayor (menores de 7 días), porque presentan tasas relativamente altas de fallo o recaída, aunque no hay estudios de calidad metodológica suficiente para sustentarlo. En cistitis se recomiendan ciclos de 3-7 días de tratamiento en las mujeres (1-2 días si se pauta fosfomicina trometamol) y de 7-10 días en varones, y en pielonefritis se recomiendan 14 días de tratamiento. La recurrencia tras la terapia es la norma; si los síntomas recurren, se debe repetir el urocultivo y tratarlo, pero si no hay síntomas, no está indicado un nuevo cultivo. El objetivo es mejorar los síntomas, no esterilizar la orina.

En el anciano hay que tener en cuenta las reacciones adversas a antibióticos, las interacciones entre fármacos y la dosificación apropiada por la alteración de la función renal. Por ejemplo, la nitrofurantoína es de