

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 gram-negativos 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

Tabla 3. TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA ITU EN EL ANCIANO

CISTITIS

- 1.º Fosfomicina-trometamol (3 g en dosis única o pauta corta 2 días) o quinolonas de segunda generación.
- 2.º Beta-lactámico (cefalosporina oral, amoxicilina/clavulánico).

PIELONEFRITIS (infección leve, sin criterios de ingreso).

- Monodosis de aminoglucósido, quinolona o cefalosporina de amplio espectro parenteral.
Si a las 12-24 horas está estable: Cefalosporinas de segunda-tercera generación o quinolonas vía oral.

Nota: Las resistencias registradas en España para amoxicilina (50%), cefalosporinas de primera generación, ácido pipemídico y cotrimoxazol (40%) los inhabilitan para su uso como tratamiento empírico. Las resistencias detectadas para quinolonas de segunda generación (norfloxacino, ciprofloxacino y ofloxacino) del 20-25% no impiden que sigan siendo útiles en el tratamiento de la ITU debido a la alta concentración del fármaco en la orina.

utilidad reducida en el anciano, porque con un aclaramiento de creatinina menor de 60 ml/min (circunstancia muy común en él) es ineficaz y tiene un riesgo elevado de toxicidad. Hay que tener especial cuidado con los aminoglucósidos, por sus efectos adversos y porque se concentran peor en la orina, perdiendo eficacia.

BACTERIURIA ASINTOMÁTICA (BA)

La BA es una bacteriuria significativa (al menos 100.000 UFC/ml) sin síntomas clínicos de ITU. El diagnóstico de BA en la mujer exige la demostración del mismo microorganismo en dos cultivos, porque la bacteriuria por gramnegativos es un hecho inconstante. En el varón basta con un cultivo, quizá con sólo 10^3 - 10^4 UFC/ml para obtener el diagnóstico.

Es difícil asociar la bacteriuria con los síntomas que frecuentemente aparecen en el anciano; lo más habitual es que sea asintomática. La contribución de la BA a la morbilidad genitourinaria es pequeña en relación con su alta incidencia y prevalencia. Tampoco parece que la BA contribuya por sí misma a un deterioro de la función renal o a la hipertensión arterial. En cuanto a la

mortalidad, no se considera a la BA como un factor de riesgo independiente, pese a que lo insinuaban estudios previos.

No está indicado el tratamiento de la BA en el anciano, los distintos estudios realizados señalan que no se obtiene beneficio ninguno. Al contrario, si la tratamos podemos provocar efectos adversos por la antibioterapia, y facilitamos la aparición de microorganismos resistentes. Parece demostrado, además, que aparecen con extraordinaria rapidez infecciones recurrentes en pacientes tratados con antibióticos en residencias. En principio, sólo debe ser tratada en pacientes ancianos que van a ser sometidos a técnicas invasivas genitourinarias o a cirugía mayor; para evitar complicaciones sépticas, sobre todo en BA por enterococo, y en portadores de bacterias ureolíticas, por el riesgo de formar cálculos. Otros autores opinan que debería tratarse selectivamente a ancianos con DM, obstrucción, necrosis papilar, valvulopatías e inmunodepresión, por tener un mayor riesgo de pielonefritis o complicaciones generales.

ITU RECURRENTE

Se define como tres o más episodios de bacteriuria significativa en un año. Aumenta la incidencia con la edad; de manera que entre