



**Nombre de alumnos: Gener Giovanni Santiz Gómez**

**Nombre del profesor:**

**Nombre del trabajo:**

**Materia:**

**Grado:**

**Grupo: A**



## **“Los problemas de origen infeccioso en el adulto”**

### **Neumonía**

La neumonía constituye una amenaza importante para la salud de los adultos mayores, grupo etario que va en aumento, lo cual se correlaciona con mayor incidencia, mortalidad y costos de esta patología. En Estados Unidos, la neumonía es la quinta causa de muerte en mayores de 65 años, originando 60.000 muertes anuales en ese grupo etario; en Canadá la cifra es de 44.000. Según datos finlandeses, la incidencia aumenta de 15,4 casos/1.000 en el grupo de 60 a 74 años, a 34,2 casos/1.000 en mayores de 75 años. Marston evaluó en Ohio una cohorte de 2.776 pacientes y encontró que la incidencia en el grupo de 18 a 44 años era de 92/100.000 versus 1.012/100.000 en mayores de 65 años, mientras que la mortalidad era de 4,5 versus 12,5% en los mismos grupos. También se ha demostrado que los adultos mayores residentes en casas de reposo tienen un riesgo 10 veces mayor de adquirir neumonía que los adultos mayores de la misma comunidad.

La mortalidad a los 30 días después de realizado el diagnóstico de neumonía aumenta en las siguientes circunstancias: inicio de administración de antibióticos después de 8 horas del ingreso, con frecuencia debido a retraso entre la indicación del médico y la administración de la enfermera; diseminación radiográfica rápida, inmunodepresión, insuficiencia renal aguda, índice APACHE II mayor de 22, mayor edad (controvertido), ausencia de hallazgos clásicos como calofríos, sudoración etc., o presencia de demencia, taquicardia y taquipnea.

El tratamiento es semejante al que se realiza en otros pacientes; existe una gran cantidad de guías clínicas de diferentes países, pero los datos nacionales son escasos. En general, en neumonías graves se recomienda un tratamiento biasociado y cobertura de anaerobios ante sospecha de aspiración. Es necesario recordar la toma de muestras para estudio microbiológico, sin omitir la búsqueda de virus respiratorios, ya que en los adultos mayores se encuentran el virus influenza y el virus respiratorio sincicial; si se identifican estos agentes, incluso se

podría omitir el uso de antibióticos, porque muchas veces se trata de una neumonía exclusivamente viral, aunque es difícil demostrarlo. La vacuna antiinfluenza y antineumocócica han demostrado su utilidad en la prevención de estos cuadros, sobre todo la primera.

### **Infecciones del tracto urinario**

Las ITU son las infecciones más frecuentes de los adultos mayores: equivalen a 25% de las infecciones adquiridas en la comunidad y a 25-30% en pacientes institucionalizados. La edad no se asociaría en forma independiente con la mortalidad por ITU, pero el uso de sonda Folley estaría relacionado con mayores tasas de mortalidad, al menos en algunos estudios. Los factores asociados con mal pronóstico en adultos mayores con ITU son: compromiso de conciencia, antecedente de ITU a repetición, taquicardia, hipotensión, nitrógeno ureico alto, temperatura anormal, leucocitosis e hiperglicemia. En pacientes ancianos, las ITU cursan con mayor frecuencia con bacteremias.

La bacteriuria asintomática es frecuente en el adulto mayor, ocurre en 50% de las mujeres y en 30% de los hombres; sin embargo, estos cuadros no se tratan, pues no tienen impacto en la mortalidad. Los adultos mayores presentan inestabilidad hemodinámica con mayor frecuencia.

La etiología de la ITU varía, especialmente en pacientes provenientes de casas de reposo y hospitalizados. Son frecuentes otros bacilos gramnegativos como *Proteus*, *Klebsiella*, *Pseudomona* y algunos cocos gram positivos como *Enterococcus* y *Staphylococcus*, además de infecciones polimicrobianas. La frecuencia de complicaciones como abscesos no sería más alta en el adulto mayor; pero un estudio de ITU en adultos mayores efectuado en 287 pacientes, se encontró una alta frecuencia de ingreso a UCI y hospitalización prolongada, asociadas con una mortalidad de 4,6%.

### **Abdomen agudo**

Las infecciones intraabdominales en personas mayores de 65 años representan un diagnóstico difícil, son más graves y su pronóstico es peor que en pacientes más jóvenes. Esto se debe a una menor capacidad de localizar, combatir y erradicar infecciones intraabdominales, además de presentar alteración de la capacidad de reparación y cicatrización.

Los cuadros típicos del adulto mayor son: apendicitis, diverticulitis, colecistitis, colangitis, cáncer de colon perforado, isquemia mesentérica y vólvulo de sigmoides. Existe la idea de que la apendicitis es un cuadro propio de la gente joven, pero en un trabajo publicado por Podnos en 2002 (3) se encontró que 28% de las apendicitis ocurren en el adulto mayor y que el clínico muchas veces no las sospecha. A su vez, la frecuencia de algunos cuadros como el cáncer perforado, la colangitis o la diverticulitis, aumenta en el adulto mayor. La apendicitis generalmente tiene una presentación atípica y se realiza un diagnóstico tardío, por lo que existe mayor incidencia de perforación intestinal, peritonitis y muerte (2 a 14%).

El cáncer de colon es una patología de pacientes mayores. Los tumores avanzados se presentan como abdomen agudo, con una incidencia de 6% a 10%. En 19% de los casos ocurre en el sitio de la lesión y en 33% es proximal al tumor, sobre todo en cánceres que son obstructivos. La presentación más frecuente se caracteriza por dolor abdominal, baja de peso, anemia y melena. La mortalidad es relativamente alta, 33% y la mortalidad postoperatoria aumenta significativamente, de 16% a 38%, lo que le da un pronóstico más ominoso, debido a desnutrición, cáncer avanzado y diseminación durante la perforación, sumado al hecho de que muchas veces estos pacientes necesitan manejo de emergencia.

## **Meningitis**

La tendencia de los últimos años indica que la meningitis, sobre todo bacteriana, se observa con mayor frecuencia en adultos mayores: 20% de los casos corresponden a mayores de 60 años. Hay mayor variedad de agentes etiológicos,

aunque las meningitis virales son más raras; los agentes más frecuentes son *Streptococcus pneumoniae*, *Listeria monocytogenes*, *Streptococcus agalactiae* y bacilos gramnegativos como *E. Coli* y *Klebsiella*. Los estudios comparativos revelan tasas mayores de complicación: 85% versus 41%. Los factores de riesgo para desarrollar meningitis son similares a los ya mencionados en otras patologías. Se ha demostrado que los adultos mayores presentan más meningitis por bacilos gram negativos, ya sea por vía hematógena o después de procedimientos neuroquirúrgicos.

El diagnóstico se realiza mediante la punción lumbar. Además se debe intentar hacer fondo de ojo, para ver si existe edema de papila, pero si el paciente tiene glaucoma o cataratas no se va a ver nada. En pacientes con compromiso de conciencia acentuado o rápidamente progresivo, con focalidad y edema de papila, se debe realizar una tomografía axial computarizada antes de hacer la punción lumbar y por otra parte, si ésta es muy precoz, el resultado del líquido cefalorraquídeo puede no ser concluyente de meningitis bacteriana, lo cual puede confundir al clínico.

### **Endocarditis**

La epidemiología también ha cambiado y hoy la endocarditis tiende ser una infección del adulto mayor. En la década de los 40, 10% de los casos ocurrían en mayores de 60 años y la edad promedio de presentación era de 35 años; las series más recientes informan que la edad promedio es de 55 años y que 55% de los casos ocurren en mayores de 60 años. La incidencia de esta enfermedad ha aumentado, debido a que la enfermedad reumática ha disminuido, pero los pacientes reumáticos viven más tiempo; las lesiones degenerativas valvulares son más frecuentes en el adulto mayor; se realizan cada vez más intervenciones terapéuticas invasoras, por lo que hay mayor riesgo de bacteremia; y, por último, se colocan con mayor frecuencia válvulas cardíacas protésicas, en esta población.

La clínica en adultos mayores se caracteriza por una presentación no específica y atípica, lo que determina un diagnóstico tardío. Aparecen soplos nuevos, pero un

tercio de los casos no presentan soplo, porque tienen compromiso mural, además, muchas veces los soplos se atribuyen a la enfermedad de base; existen molestias reumatológicas inespecíficas; y el cáncer y la insuficiencia renal son más comunes en los adultos mayores con endocarditis. Es preciso recordar la sospecha clínica, los tres hemocultivos y la ecocardiografía transesofágica, porque no sirve la transtorácica