

Mesa redonda 4

Prevención y control de la infección en el anciano

Andrés Agulla Budiño

José Antonio Cartón Sánchez

MANEJO DE LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN EL ANCIANO

José Miguel Cisneros Herreros

Las infecciones del tracto urinario (ITU) son una de las enfermedades infecciosas más comunes en los países desarrollados. En las personas ancianas, las ITU son aún más frecuentes porque con el envejecimiento produce un debilitamiento de los mecanismos defensivos frente a la infección, especialmente de las barreras locales. Así la atrofia de las mucosas vaginal y uretral, la hipertrofia de la próstata y la disfunción esfinteriana, entre otras manifestaciones urológicas casi invariables del envejecer, hacen a nuestros mayores más vulnerables a las ITU.

Estas infecciones tienen en los ancianos unas características propias en cuanto a factores de riesgo, etiología, manifestaciones clínicas y tratamiento. La etiología está determinada por los diferentes factores de riesgo, especialmente el mayor grado de comorbilidad, instrumentación y nosocomialidad que tienen estos pacientes. Mientras que las manifestaciones clínicas son menos específicas, de presentación clínica más grave y de peor pronóstico. El tratamiento de las ITU en estos pacientes está condicionado negativamente por la disminución del aclaramiento de los antimicrobianos que trae consigo la edad y con ello la mayor frecuencia de efectos adversos; y por la resistencia creciente a los antimicrobianos de las bacterias causales. Finalmente, la prevención de las ITU en este grupo de la población ha sido objeto de numerosos estudios de intervención con resultados infructuosos.

Por todo ello, las ITU en los pacientes mayores tienen entidad propia por cuanto la epidemiología, la etiología, la presentación clínica y el pronóstico muestran diferencias claras con la población más joven, y constituyen un capítulo interesante de la medicina con numerosas preguntas sin respuesta.

CONTROL DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN EL ANCIANO

Jesús Rodríguez Baño

Sección de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Dado que, en estudios de prevalencia, los pacientes de 60 o más años suponen el 50% de los pacientes ingresados en los hospitales, y que se ha comprobado una tendencia creciente en estos porcentajes en los últimos años, el control de la infección nosocomial en el anciano tiene una gran importancia estratégica.

En lo referente a la denominada infección nosocomial "endémica", y según datos del estudio EPINE, la prevalencia de infección nosocomial es mayor en pacientes mayores que en adultos jóvenes. La prevalencia de pacientes con infección nosocomial entre los años 90 y 99 en pacientes mayores de 64 años estuvo entre el 7.6 y el 10.3%, observándose una tendencia descendente significativa a lo largo de esos años. Es llamativa la elevada prevalencia de infección en pacientes con úlcera por presión (21%), desnutrición (17%), sonda urinaria (16%), catéter venoso central (25%), ventilación mecánica (36%) y sonda nasogástrica (24%). Por tipos de infección, las más frecuentes son las infecciones urinarias (29%

en 1999), seguidas de las respiratorias (23%), las quirúrgicas (19%) y las bacteriemias (11%). En estos años se apreció una tendencia a la disminución de la frecuencia de infecciones urinarias y quirúrgicas, y un aumento de las infecciones respiratorias y las bacteriemias.

La prevención y el control de la infección nosocomial endémica en el anciano seguirá los mismos principios que en el resto de la población hospitalizada. Los aspectos específicos irán dirigidos a la prevención de la úlcera de presión y su infección, de la infección urinaria, sobre todo evitando sondajes innecesarios y de la neumonía (mediante un adecuado manejo del dolor, estimulando la movilidad y la expectoración, evitando sedación innecesaria, tratamiento postural, fisioterapia respiratoria).

En cuanto a la infección epidémica, sobre todo en lo referente a microorganismos multirresistentes (como *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina, *Acinetobacter baumannii*, enterobacterias productoras de beta-lactamasas de espectro extendido, etc.), la edad es un factor de riesgo para la infección por estos microorganismos. Los ancianos, además de poder sufrir estas infecciones, pueden ser un importante reservorio de este tipo de bacterias, principalmente en caso de colonización del tracto urinario, de las vías respiratorias y de úlceras de decúbito. Dado que los pacientes ancianos requieren habitualmente mayores cuidados, la posibilidad de transmisión cruzada es más elevada. El cumplimiento estricto de las medidas de higiene básicas (higiene de manos y cambio de guantes cuando deban usarse entre pacientes; limpieza y desinfección de objetos del entorno de los pacientes) es imprescindible con todos los pacientes. En el caso de pacientes colonizados por microorganismos multirresistentes deben llevarse a cabo además las medidas de precauciones de contacto. Es importante hacer compatibles estas medidas de aislamiento de contacto con otros aspectos del cuidado, como la atención necesaria, la deambulación precoz, etc. El control de brotes epidémicos debe realizarse siguiendo las medidas indicadas en función de las características del brote y del microorganismo. No es excepcional que los pacientes procedentes de residencias geriátricas o centros de crónicos estén colonizados por microorganismos multirresistentes, por lo que debe considerarse la puesta en marcha de un sistema de vigilancia para los pacientes procedentes de estas residencias. De la misma manera, cuando se traslade un paciente colonizado por un microorganismo multirresistente a una residencia o centro de crónicos debe avisarse a dicho centro de esta circunstancia para que puedan tomarse las medidas de control oportunas.

VACUNAS Y PROFILAXIS EN EL ANCIANO

Carmen Amela

Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid

La estructura de la población española durante el siglo XX ha sufrido importantes cambios. Mientras que en 1975 la población mayor de 60 años representaba el 15 % de la población en el año 2000 este grupo representa el 21,6% y las previsiones del Instituto Nacional de Estadística estiman que llegará al 29% en el año 2025. En la mayoría de los países, el segmento que crece con mayor rapidez es el de mayores de 85 años.

La esperanza de vida ha pasado de estar alrededor de los 35 años en 1900 a estar por encima de 60 años en los años 50, encontrándose en la actualidad por encima de los 70 años. Este aumento en la esperanza de vida implica un aumento de población en los grupos con mayor riesgo de enfermar y de padecer complicaciones.

La vacunación es una de las estrategias de prevención de mayor impacto en la disminución de la incidencia y de la mortalidad por enfermedades infecciosas en la infancia. Los programas de vacunación en la infancia están diseñados para alcanzar niveles óptimos de inmunidad de grupo en la po-

blación. Estos programas en función de la efectividad de las vacunas disponibles y de la cobertura de vacunación alcanzada, han permitido erradicar la viruela y estar próximos generalmente a la eliminación de enfermedades como la poliomielitis, el sarampión y la rubéola congénita. En otras enfermedades como la tos ferina y el tétanos neonatal se ha alcanzado el control de la transmisión de la infección en la población en algunos continentes.

Entre las personas mayores la vacunación tiene un objetivo individual, prevenir la infección o la gravedad de la misma en cada vacunado. Estas personas son inmunes mayoritariamente a las infecciones propias de la infancia, dado el alto nivel de transmisión de las mismas durante su infancia, excepto en el caso de vacunas con toxoides (difteria y tétanos). La vacuna de mayor utilización en personas mayores es la vacuna antigripal. En España está recomendado su uso en población mayor de 65 años en todas las Comunidades Autónomas.

La gripe es una infección viral aguda de las vías respiratorias altas y es una de las causas de mortalidad en personas mayores de 65 años. El objetivo de la vacunación es evitar las consecuencias graves de la enfermedad. La vacuna contra la gripe consigue hasta el 90% de eficacia en prevenir las complicaciones que provocan la hospitalización y la muerte. Una forma de proteger a la población mayor es disminuir la probabilidad de infección. En el Reino Unido se realizó un estudio en el que se ofreció la vacuna a los trabajadores sanitarios de veinte hospitales dedicados a la atención de pacientes mayores crónicos, cuando se compararon los resultados en estos hospitales con los observados en hospitales en donde la vacuna no se ofreció, no se encontró una reducción de la mortalidad por de gripe en los pacientes, pero se observó que la vacunación del personal sanitario se asociaba a una disminución de la mortalidad general.

Por otra parte la neumonía causada por el *Streptococcus pneumoniae* tiene una incidencia elevada entre personas mayores de 65 años y está indicada en grupos de riesgo, recientemente algunas Comunidades Autónomas la administran simultáneamente con la vacuna antigripal.

La susceptibilidad de la población adulta frente a difteria y tétanos es superior al 80% por lo que está indicada la administración de la vacuna cada 10 años.

TOMA DE DECISIONES Y PROBLEMAS ÉTICOS EN LAS INFECCIONES EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

Concepción Jiménez Rojas

Servicio de Geriátría. Hospital Central Cruz Roja de Madrid. Madrid.

Los problemas éticos que surgen en el abordaje clínico de la patología infecciosa en el paciente geriátrico se derivan de su elevada prevalencia y de su gran variabilidad pronóstica.

La indicación e idoneidad de los tratamientos se basa en la corrección diagnóstica, en el fundamento científico de las diferentes actitudes terapéuticas y en la selección de la mejor alternativa en función de las cargas y beneficios esperados. Las decisiones más complejas se refieren a: 1) selección de las pruebas diagnósticas mas adecuadas a la situación del enfermo, 2) indicación del grado de intervención terapéutico requerido (fármacos y vía de administración de los mismos, 3) decisión sobre la ubicación idónea para el paciente y decisiones de traslado a hospital o a Unidades de Cuidados Intensivos 4) instauración de medidas de Limitación de Esfuerzo Terapéutico si se requieren.

La toma de decisiones requiere un alto grado de reflexión por su complejidad, así como dinamismo y flexibilidad para considerar los múltiples factores implicados.

Entre ellos cabe destacar la valoración exhaustiva de la situación previa, el análisis pronóstico detallado de la situación clínica actual, el grado de control sintomático y las preferencias del paciente.

La vulnerabilidad del paciente ante la iatrogenia, el riesgo de un acceso limitado a la asistencia sanitaria, y la imposibilidad de expresar sus preferencias en situaciones de gravedad, serán determinantes en la toma de decisiones.