

## PARTE II:

# Presentación Atípica de Infecciones

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

**25**



**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**  
Oficina Regional de la  
**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

## OBJETIVOS

1. Reconocer las manifestaciones atípicas de la infección en el adulto mayor.
2. Identificar las patologías infecciosas que con más frecuencia se presentan de manera atípica en las personas de edad.
3. Aplicar el abordaje diagnóstico y terapéutico de las mismas.

## **1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA**

Las infecciones tienen un gran impacto en el adulto mayor. Son causa importante de muerte y discapacidad, además de ser una de las causas más frecuentes de hospitalización en este grupo de población. Su incidencia y letalidad son mayores que en las poblaciones más jóvenes. Muchas de estas enfermedades son prevenibles o curables, por tanto es importante un diagnóstico temprano y tratamiento adecuado.

### **1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN**

Una infección en el adulto mayor puede presentarse dentro de un amplio rango de manifestaciones clínicas, de forma típica o con hallazgos sutiles. Por tanto una infección debe ser sospechada y buscada en cualquier adulto mayor con un declinar agudo o subagudo de su estado funcional.

## **2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO**

### **2.1.- FACTORES DE RIESGO**

- TARDANZA O FALTA DE SOLICITUD DE EVALUACIÓN MÉDICA OPORTUNA, debido a que se atribuye la sintomatología a molestias propias de la edad. Esto se ve agravado por dificultades en la comunicación (pacientes con trastornos cognitivos previos o delirium, el cual es frecuente en el curso de las infecciones, aún sin afección directa del SNC).
- PRESENCIA DE PATÓGENOS DIFERENTES a los implicados en pacientes más jóvenes, con mayor potencial de patogenicidad y virulencia.
- ENFERMEDADES CRÓNICAS ya existentes que ocultan una infección aguda., por ejemplo, el paciente portador de artritis reumatoide que presenta una artritis séptica superimpuesta, las infecciones urinarias en pacientes ya con incontinencia urinaria; o la impactación fecal que puede asociarse con traslocación bacteriana.
- ALTERACIONES EN LA RESPUESTA FISIOLÓGICA relacionadas a la edad como disminución de la respuesta inmune, respuesta febril disminuida o tardía y cambios en órganos específicos (ej: cambios en la expansión y elasticidad pulmonar, los cuales empeoran con el hábito de fumar, contribuyendo además a la disminución del reflejo de la tos y las defensas mecánicas del huésped).
- MEDICAMENTOS. Efectos directos de medicamentos sobre los mecanismos de defensa del huésped, como por ejemplo los antiácidos (disminución del pH), corticosteroides (mayor riesgo de úlceras por estrés), hipnóticos o sedantes, (mayor riesgo de broncoaspiración). Además, todas las interacciones farmacológicas posibles, que aumentan en forma directa con el mayor número de medicamentos consumidos.

## EJEMPLOS DE INFECCIONES CON PRESENTACION ATIPICA FRECUENTES EN LAS PERSONAS MAYORES

### TUBERCULOSIS PULMONAR:

La región de las Américas, notificó 251,613 casos de todas las formas de tuberculosis (TB) y de ellos, el 11.8% correspondió a pacientes mayores de 65 años. De acuerdo con el informe anual de tuberculosis (1999) del CDC de Estados Unidos de América, el 23% de la morbilidad por TB correspondió a los mayores de 65 años. La vigilancia epidemiológica de este país indica que entre los mayores de 65 años, el 84% de los casos presentan la forma pulmonar: o sea, más de la mitad son frotis positivos (BK+) y tienen la capacidad de transmitir la enfermedad. Por tanto, la TB entre los adultos mayores se mantiene como un apreciable problema de salud, tanto en países de baja como de alta prevalencia.

*La manifestación clínica de la TB en los pacientes mayores de 65 años a menudo no es característica.* Aunque en los adultos mayores aún se observa el patrón clínico de tos crónica con expectoración, malestar general, pérdida de peso, fiebre inexplicable y lesiones cavitarias en los lóbulos superiores de los pulmones; también se ha manifestado un incremento de la forma miliar y de la forma meníngea, cuyo inicio es insidioso y a menudo con rayos X de tórax normal. Al observar independientemente los resultados de rayos X, los especialistas podrían llegar a conclusiones erróneas, debido a que las lesiones pueden ubicarse en los lóbulos medios e inferiores y no en los superiores como es habitual. También la hemoptísis es menos común. Es frecuente que la prueba de tuberculina (PPD) sea falsa negativa (30%), aún en los casos de TB activa, ya que estos pacientes presentan una falta de respuesta a la prueba conocida como *anergia*. La TB extrapulmonar puede ser diagnosticada en mayor proporción que en los grupos de edad más jóvenes.

Los paciente adultos mayores sufren de *mayores reacciones adversas a los medicamentos anti TB* en comparación con la población de menor edad, por lo que los médicos se ven obligados a hacer cambios en el esquema de tratamiento. Además, la presencia de *enfermedades concomitantes* (diabetes, insuficiencia renal, afectaciones hepáticas), obligan a administrar regímenes de tratamiento que generalmente no tienen una alta eficacia.

En comparación con los grupos de edad menores de 65 años, los adultos mayores presentan *mayor tasa de mortalidad* por razones de una mayor resistencia y aparición de complicaciones, a pesar de que el tratamiento específico haya sido iniciado a tiempo y aunque los medicamentos sean los establecidos por las normas.

Por ello, hay que pensar en esta posibilidad diagnóstica sistemáticamente. Por otra parte, hay que saber que puede ser necesario iniciar un tratamiento de prueba, en ausencia de demostración bacteriológica, si el nivel de sospecha clínica es elevado.

### HERPES ZOSTER:

Del total de afectados, aproximadamente 2/3 partes son mayores de 50 años.

En la mayoría de los casos se presenta en forma clásica, pero en adultos mayores debilitados se puede encontrar:

- Cefalea frontal migrañosa (afección del trigémino).
- Disminución de la agudeza visual (afección rama oftálmica).
- Déficit motor unilateral.
- Meningoencefalitis.
- Retención aguda de orina.
- Dolor torácico intenso, que imita un infarto agudo al miocardio, un tromboembolismo pulmonar o una neumonía.

## NEUMONÍA

*La infección respiratoria constituye una urgencia geriátrica.* La prescripción de antibióticoterapia empírica debe ser sistemática, sin que por ello deje de obtenerse una muestra de expectoración para cultivo y tinción de gram. La muestra se tomará siempre que sea posible y a condición de no retrasar por ello el inicio del tratamiento.

El cuadro clínico con frecuencia es típico. Sin embargo, puede presentarse de manera atenuada o incompleta:

- Sin fiebre, lo que no descarta la infección.
- Síntomas se limitados a una tos húmeda sin expectoración.
- Respiración superficial y frecuente concomitancia de deshidratación: hacen inaudibles los estertores crepitantes (que cuando son bilaterales en un individuo encamado no son necesariamente patológicos).
- Deterioro funcional inexplicado (sin síntomas acompañantes).

Es necesario identificar los *signos sugestivos de un evento grave*:

- Polipnea intensa con respiración abdominal paradójica, cianosis.
- Estado de choque o insuficiencia respiratoria aguda.
- Estado confusional agudo asociado.
- Trastornos del ritmo cardiaco y/o descompensación cardiaca mayor.

El tratamiento a domicilio puede ser posible (cuando el enfermo rechaza la hospitalización) siempre que no haya signos de gravedad, que no se requieran exámenes complementarios y que el tratamiento pueda administrarse por vía oral.

El tratamiento antibiótico se guía por tres grandes principios:

- Es urgente.
- Es empírico, fundamentado en datos epidemiológicos (neumococo en 50-70% de los casos que ocurren en el hogar) según el sitio de ocurrencia (hogar,

hospital o institución). El cuadro clínico y radiológico puede ser también orientador.

- Las penicilinas o una cefalosporina de segunda generación, son sustituidas por un macrólido en caso de alergia o sospecha de un cuadro atípico. Una más amplia cobertura puede obtenerse con la combinación amoxicilina-clavulonato.

Otras medidas de tratamiento:

- Tratar o prevenir la deshidratación.
- Vigilar la co-morbilidad que pueda descompensarse (cardiaca, en particular, y diabetes).
- Inhaloterapia.
- No emplear de manera sistemática antitusivos.

### **PROSTATITIS:**

- Drenaje de material purulento por uretra, periné o colon.
- Retención aguda de orina.
- En formas crónicas puede presentarse asintomática, con alteraciones al examen general de orina como piuria y hematuria.

### **ABSCESO DIVERTICULAR:**

- Fístula vesical, vaginal, perineal o abdominal.
- Neumaturia o fecaluria.
- Obstrucción intestinal parcial o completa.
- Íleo paralítico, estreñimiento, estreñimiento-diarrea.
- Sangrado digestivo bajo, en especial microscópico.
- Fiebre ausente.
- Hallazgos exploratorios abdominales de menor intensidad.

### **ENDOCARDITIS BACTERIANA:**

Puede significar un reto clínico importante a cualquier edad, aunque los hallazgos en los adultos mayores son más sutiles y la presentación de complicaciones más frecuente.

- Embolia: grandes arterias como la femoral, manifestaciones neurológicas, abscesos cerebrales o meningitis purulenta.
- Insuficiencia cardiaca congestiva en forma aguda o crónica por destrucción valvular, miocarditis, embolia arterial (infarto agudo del miocardio) o abscesos miocárdicos.
- Nefropatía.
- Aneurismas micóticos.

Además se deben recordar y mantener presentes condiciones e indicaciones de quimioprofilaxis:

- Presencia de válvulas protésicas mecánicas y bioprótesis, la mayoría de las malformaciones cardíacas congénitas, fístulas pulmonares y quirúrgicas, disfunciones valvulares reumáticas y las otras adquiridas (aorta calcificada), miocardiopatía hipertrófica, historia previa de endocarditis infecciosa, prolapso de válvula mitral con insuficiencia.
- Procedimientos asociados con bacteremia significativa: intervenciones dentales que puedan producir sangrado, amigdalectomía y adenoidectomía, cirugía y biopsias sobre mucosa respiratoria, broncoscopia, incisión y drenaje de tejido infectado, procedimientos genitourinarios o gastrointestinales en los cuales haya infección o se practiquen biopsias.

### **INFECCIONES DENTALES:**

La sintomatología es similar a grupos de menor edad, aunque se presenta retraso en su notificación, debido a disminución en la sensibilidad y disminución del dolor espontáneo.

### **3.4.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUCIÓN O ATENCIÓN**

En términos generales, todos los padecimientos arriba mencionados, necesitan ser referidos al nivel asistencial superior inmediato. La sospecha diagnóstica es motivo suficiente para la referencia que permita confirmar el diagnóstico.

## **4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR**

- Los procesos infecciosos pueden cursar sin fiebre en las personas mayores.
- El deterioro funcional agudo y subagudo obliga a investigar un proceso infeccioso subyacente.
- El adulto mayor frágil y el adulto mayor institucionalizado son particularmente vulnerables a la presentación atípica de infecciones.

## 5.- LECTURAS SUGERIDAS

Beers, Mark H. y Robert Berkow. The Merck Manual of Geriatrics. Edición 2000 disponible en el internet : [www.merck.com/pubs/mm\\_geriatrics/](http://www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/)

Boscia JA, Kaye D. Asymptomatic bacteriuria in the elderly. Inf Dis Clinics North Am 1987; 1: 893-905.

Gleckman R. Urinary tract infection in geriatric patients: a focused review. Geriat Nephrol Urol 1993;3:155-160.

Knockaert DC, Vanneste LJ, Bobbaers HJ. Fever of unknown origin in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1993;41:1187-1192.

McCue JD. Antimicrobial therapy. Clinics in Geriatric Medicine 1992; 8: 925-945.

Yoshikawa TT. Tuberculosis in aging adults. J Am Geriatrics Soc 1992; 40: 178-87.

Yoshikawa TT, ed. Infectious diseases (symposium). Clin Geriatric Med 1992; 8(4): 701-967.