



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

***La bacteriuria asintomática en una población de
ancianos mayores de 70 años de edad de la consulta
externa del servicio de Geriátría del Hospital Juárez de
México: prevalencia, características y factores
asociados***

PRESENTA.

Dra. Liliana Gil Salazar.

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

Dr. Ricardo Rivera Pérez.

Asesor de Tesis

Dr. José Manuel Conde Mercado.

Titular del Curso de Medicina Interna.
México, D.F. Agosto del 2012.





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HOJA DE FIRMAS

TITULAR DE ENSEÑANZA:

Dr. Carlos Viveros Contreras

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE MEDICINA INTERNA

Dr. José Manuel Conde Mercado

ASESOR

Dr. Ricardo Rivera Pérez.

NUMERO DE REGISTRO DE TESIS

HJM2099/12R

DEDICATORIAS

A la dulce memoria de mi “abue”, cuyo recuerdo inspiró este trabajo...

A mi madre, quien ha dado su vida para mi bienestar, quien con su fortaleza, valentía, amor y siempre dulce compañía ha forjado mi persona haciéndome un ser pleno y feliz.

A mis hermanos, José Antonio, Karina y Enzo, gracias por siempre haber creído en mi, por tolerarme, por su apoyo, respeto y divertida compañía.... Han hecho de mis días más nublados una maravilla ...

A mis maestros y compañeros, quienes más que colegas, son hermanos que de forma anónima han contribuido día a día, con mi formación, gracias por las enseñanzas y por compartir ésta, la más noble de las profesiones

A los nobles pacientes del Hospital Juárez de México que han sido motivo, fuerza y escuela

Al glorioso Hospital Juárez de México, Institución en cuyos pasillos he aprendido el hermoso arte de la Medicina...

Al Tata Conde... maestro, gracias por creer en mí.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	15
OBJETIVO GENERAL.....	16
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
DETERMINACIÓN DE VARIABLES.....	17
DISEÑO DEL ESTUDIO.....	18
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	19
MATERIAL Y MÉTODOS.....	20
RESULTADOS.....	27
DISCUSIÓN.....	31
CONCLUSIONES.....	35
BIBLIOGRAFÍA.....	37
ANEXOS/ESCALAS DE VALORACIÓN GERIÁTRICA.....	45

INTRODUCCIÓN

La infección urinaria (IU) se define como la presencia de microorganismos patógenos en las vías urinarias. Las IU se clasifican, según su localización anatómica, en bajas, que incluyen uretritis, cistitis y prostatitis y en altas o pielonefritis (PA) que incluyen el absceso renal. La bacteriuria asintomática (BA) se define como la presencia de más de 100.000 ufc/mL en dos muestras de orina en ausencia de sintomatología clínica. Una IU se considera complicada cuando afecta a enfermos con anomalías anatómicas o funcionales del tracto urinario, instrumentación del mismo, portadores de sonda vesical, insuficiencia renal crónica (IRC), diabetes, inmunodepresión o con microorganismos multirresistentes. Estos factores condicionan la gravedad de la infección, una mayor incidencia de complicaciones y/o una mayor dificultad terapéutica [31]

La infección de vías urinarias es la más común en la población anciana, representa casi el 25% de todas las infecciones adquiridas en la comunidad y la infección hospitalaria adquirida con mayor frecuencia. Representa la segunda causa más frecuente de hospitalización de origen infeccioso en pacientes mayores de 65 años de edad, después de las infecciones bajas de la vía respiratoria. [] Estudios señalan que la IU es mal diagnosticada en el 40% de los pacientes ancianos hospitalizados. [33]

La Bacteriuria Asintomática, es muy frecuente en el anciano, especialmente en mujeres, y su prevalencia aumenta con la edad. Es también muy frecuente en pacientes portadores de sonda permanente. El papel de la *diabetes mellitus* y la

incontinencia urinaria en la prevalencia de BA está poco claro, puesto que no todos los estudios existentes correlacionan estas patologías.

En las mujeres, los cambios anatomofisiológicos inducidos por la menopausia conllevan un aumento de las IU, a la vez que estas se tornan cada vez más asintomáticas, se calcula que presentan IU con muy poca sintomatología o BA el 10-15% de mujeres entre los 65 y 70 años, cifra que va aumentando hasta el 15-20% en mujeres mayores de 80 años, al 30-40% en ancianas hospitalizadas o ingresadas en instituciones geriátricas y prácticamente al 100% de portadoras de sonda urinaria permanente. [34]

Otros estudios, señalan una prevalencia del 25-50% en las mujeres y el 15-35% de los hombres, sin sonda urinaria y habitantes en asilos. [33]. Otro indica una prevalencia en ancianos residentes en centros de atención y en el entorno hospitalario de 0% en hombres de 68-79 años y del 5.4% en los hombres de 90-103 años de edad, esto posiblemente relacionado con una reducción asociada con en la edad en la actividad bactericida del líquido prostático. Esta creciente prevalencia es aún más pronunciada en las mujeres, con un aumento del 13,6% al 22,4% en el grupo de edad correspondiente, esto sea posiblemente debido a la reducción en la producción de estrógenos y a un aumento en el pH vaginal lo que conlleva a una falta de la colonización de lactobacilos después de la menopausia lo que predispone a las mujeres a la colonización por uropatógenos.

En el varón tanto la BA como la IU sintomática son poco comunes, estimándose una incidencia anual de 5-8 episodios por 10.000 varones de menos de 65 años. Aunque el varón joven y de mediana edad puede presentar espontáneamente una IU (sobre todo en homosexuales, pacientes infectados por el VIH y en no circuncidados), casi siempre ésta se relaciona con una anomalía urológica o con una prostatitis crónica subyacente. A partir de los 50 años la prevalencia aumenta progresivamente en relación a la obstrucción causada por la patología prostática y/o las manipulaciones urológicas. [33]

Es un importante problema diagnóstico y terapéutico. El diagnóstico microbiológico de la infección urinaria (IU) es uno de los estudios que se realizan con más frecuencia en los laboratorios de microbiología, tanto los que atienden al ámbito hospitalario como al ámbito comunitario. El término IU engloba una serie de entidades distintas, por lo que para su diagnóstico debe tenerse en cuenta no solamente el tipo de entidad, sino también el método de recogida de la orina empleado y los elementos formes contenidos en la misma. Así pues, no es lo mismo realizar el diagnóstico microbiológico de una pielonefritis no complicada en una mujer joven, que el de una IU en un niño sin control de esfínteres, en un portador de sonda permanente de larga duración o en una prostatitis crónica.

El diagnóstico microbiológico de la IU debe realizarse en todos los casos, excepto en las cistitis no complicadas de las mujeres jóvenes, que dada la predecibilidad de los agentes etiológicos que la producen y su sensibilidad antimicrobiana, basta con confirmarla mediante el estudio de los elementos formes de la orina.

El diagnóstico de la Infección urinaria, desde la cistitis simple a la pielonefritis complicada con septicemia, puede establecerse con certeza absoluta sólo mediante cultivos cuantitativos de orina que nos permite la detección del patógeno en presencia de síntomas clínicos o no. El cultivo de orina sigue siendo la técnica imprescindible y de elección para el diagnóstico de la infección del tracto urinario, no solo porque ayuda a documentar la infección sino porque es necesario para identificar el microorganismo infectante (aspecto importante en los episodios recurrentes y en el conocimiento de la epidemiología de la infección) y su sensibilidad antibiótica (importante para la selección del tratamiento y para la realización de guías de terapia empírica a partir de datos acumulados).

Debe realizarse de forma semicuantitativa usando asas calibradas de 0,01 o 0,001 mL (dependiendo del nivel de recuento que sea necesario). Con este método se obtiene información sobre el número de ufc/mL del microorganismo presente en la muestra y además proporciona colonias bien aisladas para su identificación y pruebas de sensibilidad antibiótica

El urocultivo, identifica al patógeno y además permite una estimación del nivel de la bacteriuria. Sólo un urocultivo negativo puede excluir una infección.⁵

La bacteriuria asintomática se define por la presencia de bacterias en el urocultivo en un paciente sin sintomatología urinaria.

Clásicamente, se ha definido como la presencia de 100,000 UFC/ml del mismo microorganismo en dos muestras urinarias consecutivas en un paciente asintomático. En la actualidad, este criterio sigue siendo válido para el diagnóstico

de la bacteriuria asintomática en mujeres. En varones se acepta el diagnóstico con una sola muestra urinaria que muestre más de 10,000 UFC/ml de una sola especie bacteriana. En el caso de los pacientes con sonda urinaria basta con el aislamiento de una sola cepa en un recuento cuantitativo de 10×2 unidades formadoras de colonias por mililitro.

La alta prevalencia de la bacteriuria asintomática en adultos mayores que viven en asilos está vinculada con el deterioro funcional, deterioro cognitivo, incontinencia urinaria y fecal, así como a enfermedades neurológicas como la enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Alzheimer y enfermedad de Parkinson. En la Diabetes Mellitus tipo 2, la alta prevalencia se relaciona con factores como vejiga neurogénica, mal control glucémico y deterioro del sistema inmunológico secundario a la hiperglucemia persistente. Un gran residuo postmiccional de volumen (>180 ml) ha demostrado en los pacientes asintomáticos, contribuir al desarrollo de la bacteriuria asintomática.

La errónea interpretación de la disuria asociada a la vaginitis atrófica en el caso de las mujeres postmenopausicas y la dermatitis perineal en los ancianos con incontinencia urinaria, llevan al sobre diagnóstico erróneo de la enfermedad. Es importante apreciar que la presencia de bacteriuria no siempre representa enfermedad. Un resultado positivo en el cultivo de orina puede indicar pielonefritis, cistitis, o bacteriuria asintomática. En ocasiones, un resultado positivo en el cultivo de orina se asocia con sepsis.

El 90% de los ancianos, presenta piuria. El significado clínico de la presencia de leucocituria asociado a bacteriuria asintomática es desconocido. Recuentos muy

elevados pueden persistir durante años sin que el paciente desarrolle síntomas urinarios. En el anciano, la presencia de BA se relacionó inicialmente con un aumento de la mortalidad, aunque posteriormente se comprobó que esta estaba condicionada por la presencia de patologías de base más graves. La mitad de las BA tratadas con antibióticos recurren antes de los 6 meses, lo cual condiciona múltiples pautas terapéuticas y la posible selección de microorganismos resistentes.

Sólo unas pocas investigaciones se han centrado en los ancianos que viven en la comunidad, dichos estudios muestran que la prevalencia de la bacteriuria asintomática entre las mujeres ambulatorias aumenta en <5% a la edad de 70 años y el 20% a la edad de 80 años. Entre los hombres la prevalencia hasta la edad media (70 años) es menor al 1% y luego se incrementa a un 5-10% a la edad de 80 años en donde la enfermedad protática es un importante factor predisponente. En un estudio realizado en ancianos habitantes en la comunidad, la incontinencia urinaria (OR: 2.99, IC 95%: 1,60-5,60), movilidad reducida (OR: 2,68, IC 95%: 1,42-5,03) y el tratamiento con estrógenos (OR:2,20, IC 95%: 1,09-4,45), fueron factores que se asociaron de forma independiente con bacteriuria asintomática. No está claro sin embargo, si éstos factores tuvieron un efecto causal directo sobre la bacteriuria asintomática o si fueron sólo asociaciones causales.

El estreñimiento crónico es también un factor de riesgo para los síntomas urinarios y posiblemente también lo es para la bacteriuria asintomática por su potencial para inducir neuropatía en el suelo de la pelvis, provocando retención urinaria. Un estudio de seguimiento ha demostrado una asociación clínicamente significativa

entre el estreñimiento y la incontinencia urinaria (OR: 1,46; IC 95%: 1,34 a 1,58). El estreñimiento crónico puede también conducir a la incontinencia por rebosamiento fecal y ensuciamiento perineal que aumenta aún más el riesgo de bacterias que ascienden hasta el tracto urinario y causan infección.

El diagnóstico de la infección en un paciente de edad avanzada a menudo se complica por la falta de síntomas típicos y una historia clínica clara. Hasta un tercio de los pacientes ancianos no presentan pirexia en respuesta a infección. La presencia de deterioro cognitivo y las dificultades de comunicación puede hacer que sea difícil obtener una historia clínica precisa. Un gran número de pacientes tienen enfermedades crónicas con síntomas genitourinarios y es importante reconocer que esto no es sinónimo de infección.

Muchos médicos atribuyen incorrectamente factores como el deterioro funcional, aumento de la confusión así como signos y síntomas inespecíficos a las infecciones del tracto urinario. Con demasiada frecuencia, el diagnóstico de infección urinaria se hace en la ausencia de una historia clínica típica y signos que resultan en un sobre diagnóstico y en un tratamiento antimicrobiano injustificado.

La bacteriuria asintomática es generalmente causada por flora normal del intestino, que luego asciende de la uretra hasta la vejiga y potencialmente hasta los riñones. El agente causal más frecuente es *Escherichia coli*. Otros frecuentemente aislados son microorganismos que incluyen bacterias gram negativas tales como: *Klebsiella pneumoniae* y *Proteus mirabilis* y cada vez más, los organismos gram positivos

tales como *Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus del grupo B*. Entre los pacientes institucionalizados, *Proteus mirabilis* es el más frecuentemente aislado y para los pacientes con sondas urinarias colocadas por largo plazo, las infecciones suelen ser polimicrobianas a menudo incluyendo *Pseudomonas aeruginosa* y *Morganella morganii*.

Existen pocos estudios respecto a los microorganismos que afectan a los pacientes con bacteriuria asintomática que habitan en la comunidad. La detección de bacteriuria asintomática en las personas mayores esta indicada y limitada solo a aquellos pacientes que serán sometidos a procedimientos quirúrgicos urológicos. En otras situaciones, el examen general de la orina, no se recomienda si no existen signos y síntomas del tracto urinario. El tratamiento no se recomienda para pacientes con sonda urinaria, mujeres diabéticas y en pacientes con cualquier afección de la médula espinal. El tratamiento innecesario puede causar efectos adversos indeseables, desarrollo de microorganismos resistentes, aumento del riesgo de interacciones medicamentosas de polifarmacia y alrededor del 8% de riesgo para diarrea infecciosa por *Clostridium difficile*. El tratamiento sin embargo, se recomienda en aquéllos con anomalías anatómicas en el tracto urinario y en los pacientes con persistencia de la bacteriuria 48 horas después de someterse a una cateterización limpia, manipulación genitourinaria o instrumentación con una alta probabilidad de sangrado de la mucosa. El tratamiento también se recomienda para la bacteriuria asintomática en el caso de presencia de bacteriemia por el mismo organismo y en pielonefritis aguda. A pesar de que la bacteriuria asintomática es al parecer

una afección benigna, la prevención en las personas mayores es importante. Entre las recomendaciones para la prevención encontramos; evitar el uso a largo plazo de sondas urinarias, inserción de sondas con técnica estéril, la prevención del estreñimiento con laxantes orales.

El uso de estriol intravaginal y la ingesta de jugo de arándano son recomendados. Aunque se necesitan más ensayos para confirmar su eficacia, el uso de estriol, ha demostrado aumentar la colonización vaginal de lactobacilos y por lo tanto reducir potencialmente la presencia de uropatógenos. El jugo de arándano mostró reducir la incidencia gracias a sus propiedades bacteriostáticas. Una revisión ha demostrado que el arándano rojo redujo significativamente la incidencia de infección del tracto urinario a los 12 meses (RR: 0,65; IC 95%: 0,46 a 0.90) en comparación con placebo. Esta revisión, no pudo aclarar la dosis óptima y la duración del uso de los productos de arándano. El grado de patogenicidad de las bacterias causantes de la bacteriuria asintomática no ha sido todavía dilucidado satisfactoriamente. Por lo tanto, hasta que las implicaciones de las bacterias que participan en la bacteriuriaasintomática se entiendan completamente, la aplicación de las mismas precauciones higiénicas antes señaladas deberían llevarse a cabo. [15]

La resistencia a los antibióticos es un problema de gran importancia en la infección urinaria, ya que incrementa tanto su morbilidad como los costes que genera. El desarrollo de resistencias en los patógenos urinarios es constante y diverso según las zonas, dependiendo en gran medida del consumo de antimicrobianos. Debe tenerse en cuenta que los datos de sensibilidad publicados sobre uropatógenos

pueden sobredimensionar los porcentajes de resistencias, ya que se realizan en base a infecciones en las que se solicita cultivo, correspondientes fundamentalmente a infecciones complicadas o resistentes al tratamiento.

La Bacteriuria Asintomática no debe ser tratada en los pacientes ancianos, ha demostrado no reducir la mortalidad y podrían causar daño. Las guías sugieren que por cada 3 pacientes tratados uno presentará efectos adversos graves. (IC 2-10))

La educación dirigida a los médicos respecto al tema es importante para mejorar conocimiento de la bacteriuria asintomática y la diferenciación entre ésta y la infección sintomática del tracto urinario, a fin de evitar tratamientos antimicrobianos innecesarios.

JUSTIFICACIÓN

La bacteriuria asintomática es común entre los ancianos que viven en asilos, poco se sabe acerca de su prevalencia, factores asociados y características de la misma entre ancianos que viven en la comunidad.

El conocimiento de la prevalencia de la bacteriuria asintomática en esta población de pacientes, así como su asociación con síndromes geriátricos podría contribuir a una reducción en el uso innecesario de antibióticos así como a un diagnóstico certero y a un mayor conocimiento de la enfermedad y su asociación con síndromes comunes en el anciano

Encontrar relaciones clínicas entre la bacteriuria asintomática y las múltiples patologías que presentan nuestros pacientes así como el reconocimiento temprano y gestión de los diversos factores de riesgo de la bacteriuria asintomática son importantes para reducir potencialmente su aparición.

OBJETIVO GENERAL

Estudiar la prevalencia de la bacteriuria asintomática y sus características así como los factores asociados en una población de ancianos mayores de 70 años de edad, en un entorno comunitario.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir la prevalencia de la bacteriuria asintomática en los pacientes ambulatorios del servicio de Geriatria del Hospital Juárez de México.
- Describir las características de la bacteriuria asintomática en los pacientes que la presenten.
- Describir los factores asociados para presentar bacteriuria asintomática.
- Describir la presentación las co-morbilidades asociadas con la bacteriuria asintomática.
- Describir la presentación de Síndrome geriátricos asociados con la bacteriuria asintomática.
- Establecer el diagnóstico de bacteriuria asintomática en pacientes ancianos mayores de 70 años de edad, mediante un urocultivo.

DETERMINACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Medición.	
Sexo	Cualitativa Nominal		
Edad	Cuantitativa Discontinua	Años cumplidos	
Bacteriuria Asintomática	Cualitativa Nominal	Urocultivo	
Co-morbilidades	Cualitativa Nominal	DM2 HAS Enfermedad Renal Crónica. Insuficiencia Cardíaca Enf degenerativa	
Síndromes Geriátricos	Cualitativa Nominal		

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para el cálculo del tamaño de la muestra se usó la fórmula de una proporción. Con un número total de 31 pacientes, una prevalencia estimada del 9% con un α 5% y un β 80%.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio de prevalencia, transversal, prospectivo y descriptivo.

CRITERIOS DE INCLUSION

Hombres y mujeres mayores de 70 años de edad que habiten en la comunidad. Con uno o más síndromes geriátricos. Que no presenten al momento de la evaluación sintomatología urinaria (urgencia, disuria, polaquiuria, dolor suprapúbico, hematuria franca, dolor en el ángulo costo vertebral o incontinencia urinaria de reciente aparición). Pacientes que no hayan estado hospitalizados o recibido tratamiento antibiótico durante los últimos 3 meses y que cuenten en su caso con un cultivo de orina con un aislamiento microbiológico de un uropatogeno y un examen general de orina con datos patológicos sugerentes de sepsis urinaria.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Pacientes que habiten en asilos u otro tipo de instituciones en donde la estancia sea permanente. Aquéllos que tengan Síndrome de Inmovilidad, incontinencia fecal o urinaria. Quienes no sean capaces de proporcionar una muestra urinaria adecuada debido a demencia y/o incontinencia, pacientes con sonda urinaria, enfermedad prostática en el caso de los varones y de las féminas aquellas que se encuentren con tratamiento hormonal sustitutivo.

Así como aquellos que hayan recibido tratamiento antimicrobiano o que hayan estado hospitalizados durante los últimos tres meses.

MATERIAL Y MÉTODOS

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

El estudio se realizó en México D.F. en el área de la consulta externa del servicio de Geriátría del Hospital Juárez de México, SS. Durante los meses de marzo y abril del 2012. En todos los pacientes valorados se realizó:

a) Interrogatorio y Exploración Física

El médico adscrito de Geriátría junto con la médico residente de 4to año de Medicina Interna, entrevistaron y realizaron una exploración física completa. Los parientes cercanos al paciente (cuidadores) fueron los informantes. En caso necesario, se utilizó información complementaria del expediente clínico a fin de ampliar los datos requeridos.

El interrogatorio se dirigió hacia datos sobre el tratamiento médico actualmente el paciente, su tipo de vivienda, si padece o no Diabetes Mellitus tipo 2, antecedente de accidente cerebrovascular, enfermedad prostática, el estado mental, la independencia funcional, la movilidad, la incontinencia urinaria, síntomas del tracto urinario y si ha recibido o no tratamiento antibiótico así como si han estado hospitalizados en los últimos 3 meses. Se considerará incontinencia urinaria cuando los pacientes se quejen de pérdidas de orina involuntaria al menos una vez a la semana.

La exploración física se realizó por los médicos. La toma de los signos vitales y medidas por el personal de enfermería. (frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, peso, talla, y temperatura).

b) Evaluación Geriátrica Integral.

Para evaluar la función cognitiva se usó el mini examen del estado mental (MMSE). El estado mental reducido se define como tener una puntuación MMSE <24. El estado funcional se midió por el índice de Katz de las actividades de la vida diaria, considerando un estado funcional reducido cuando existe la necesidad de asistencia en al menos una actividad (bañarse, vestirse, ir al baño, el traslado, la continencia o la alimentación). La Escala de depresión geriátrica (GDS-15) se usó para determinar la presencia de síntomas depresivos. La presencia de síntomas depresivos se definió como una puntuación GDS-15 por encima de cuatro puntos. La movilidad reducida se define como no ser capaz de caminar en el interior sin ayuda (que no sea un bastón).

SE ANEXAN ESCALAS.

c) Muestras de orina

Las muestras de orina fueron procesadas por el laboratorio clínico del Hospital Juárez de México, el paciente y cuidador principal recibieron instrucciones precisas respecto a la toma de muestra, en donde se usó la técnica de recogida del chorro medio:

- Las mujeres deben mantener los labios mayores separados mientras comienzan la micción. Deben desechar la primera parte de la micción (orina uretral) y recoger la micción media sin interrumpir el flujo de la orina, colocando el recipiente de forma adecuada para la recogida de la muestra.
- Los varones deben mantener el prepucio retraído mientras comienzan la micción. Al igual que las mujeres, deben desechar la primera parte de la micción y recoger la micción media sin interrumpir el flujo de la orina, colocando el recipiente de forma adecuada.
- La recogida de orina se debe realizar en un recipiente de plástico estéril, de boca ancha, sin fugas y el paciente debe cerrarlo correctamente. Nunca se debe recoger la orina de un recipiente, orinal o similar, donde el paciente haya realizado la micción previamente.

Se indicó: “recoger la primera orina de la mañana, para que permanezca en la vejiga toda la noche o al menos 4 horas”.

No se debe forzar la ingesta de líquidos para que el paciente realice la micción.

El urocultivo se realiza por estría masiva con asa calibrada. Pruebas de cuantificación, identificación y susceptibilidad de los organismos se realizaron en CLED-agar, de acuerdo a los criterios locales. En el caso de la mujeres, si el primer cultivo fuese positivo se solicitará un segundo, para confirmar el resultado con un periodo de intervalo de 1-2 semanas. En el caso del sexo masculino, bastará con un resultado positivo.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN Y TECNICAS

Análisis Estadístico

El Análisis, estadístico, se realizó con el Programa MedCalc Versión 12 y SPSS Versión 13. La correlación de variables por medio de la prueba de Spearson.

.

RESULTADOS

De los 31 pacientes valorados en el servicio de la consulta externa de Geriátría del Hospital Juárez de México se reportó una prevalencia para Bacteriuria Asintomática del 22.5%. Para los masculinos del 25% y para las féminas del 22.2% en un periodo comprendido de marzo a abril del año 2012.

Las características de la población de estudiada (n=31), se muestran en la tabla 1. El 12.9 % (n=4), fueron varones y el 87.1% (n=27) fueron mujeres.

El análisis de frecuencias para la edad mostró una media de 78.4, mediana de 79 y una moda de 83. Con una edad mínima de 70 y máxima de 87 para el grupo de pacientes estudiados. Tabla 2.

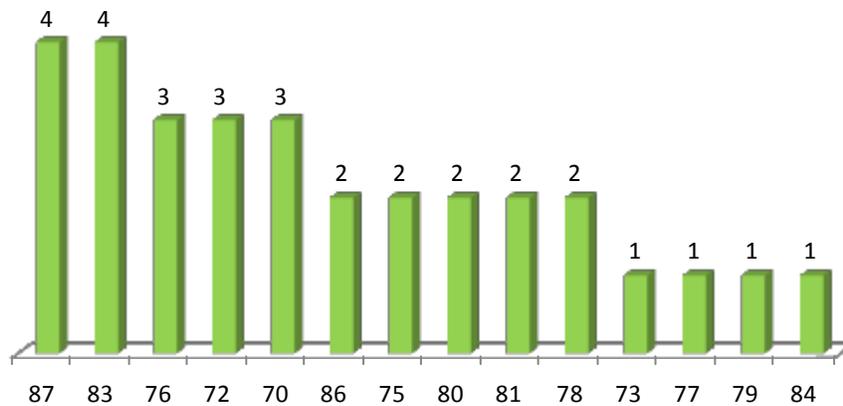
La edad de los varones en promedio fué de 80.2 años, 4 (12.9%) y para las féminas fue de 78.7%, 27 (87.1%) Encontramos que 15 pacientes de la población fueron mayores de 80 años, catalogándolos como viejos viejos y 16 fueron menores de 80 años, viejos jóvenes. Gráfico 2.

TABLA 1.

*Características de la población de estudio
(n=31)*

	Hombres (n=4)	Mujeres (n=27)	Total (n=31)
Edad promedio (años)	80.2	78.7	78.9
Género (%)	12.9	87.1	
Síndromes Geriátricos (promedio)	1.7	2.7	2.6
Comorbilidades (promedio)	3.2	2.3	2.4
Estado Funcional; KATZ A-C (%)	100	100	100
Deterioro Mental Leve; MNM 24-18 (%)	3.1	12.9	16
Escala de Actividad; Muy Activo =8 (%)	50	29	32
Escala de Actividad; Activo 5-7 (%)	25	7	9
Escala de Actividad; Poco Activo 1-4 (%)	25	29	31
Escala de Actividad; Inactivos 0 (%)	0	33	29
Escala de Depresión; GDS >10 (%)	75	51.8	54

Distribución por Edad



Subdivisión por edad

Gráfico 2

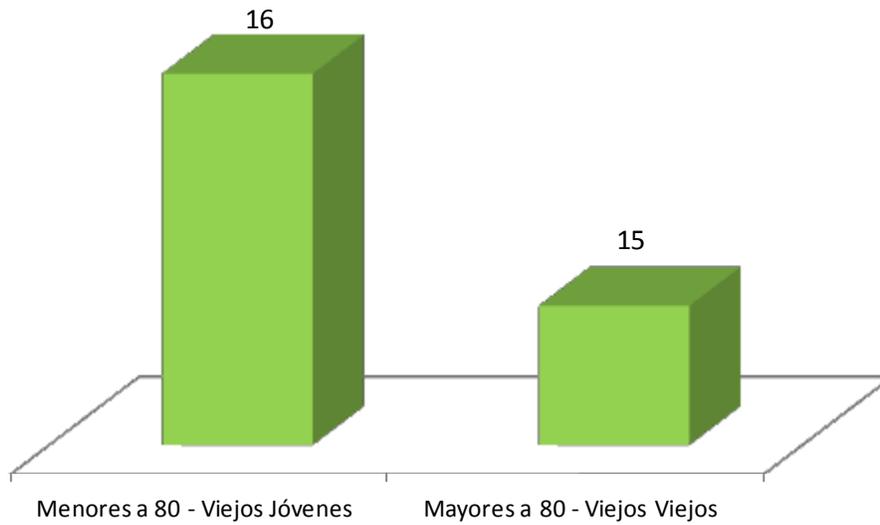


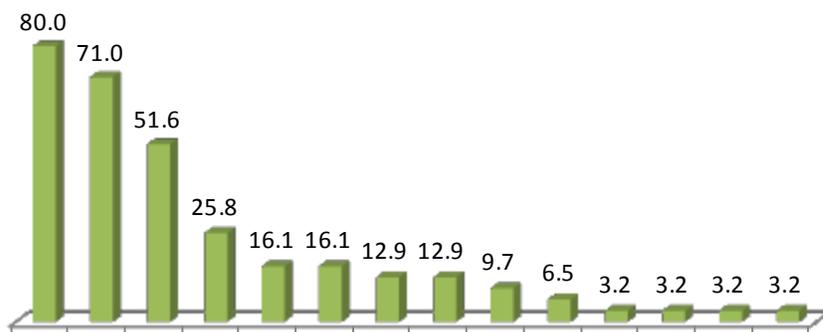
Tabla 2. Frecuencias para la edad.

EDAD	
N	31
Media	78.94
Mediana	79
Moda	83
Mínimo	70
Máximo	87

De entre los Síndromes Geriátricos que presentaron los pacientes del estudio, se encuentran; Polifarmacia con frecuencia de 25/31 (80%), Depresión con frecuencia de 22/31 (71%). Trastorno de la marcha tuvo una frecuencia de 16/31 (51.6%). Deprivación auditiva de 8/31 (25.8%). Duelo no Resuelto e Insomnio con frecuencia = 5 en el 16.1%, Dependencia Parcial, Deprivación visual con frecuencia = 4 en el 12.9%, Edentulia con frecuencia = 3 en el 9.7%, Trastorno del Sueño con frecuencia = 2 en el 6.5%, Síndrome de Caídas, Desnutrición Crónica, Estreñimiento y Demencia con frecuencia = 1 en el 3.2% de los pacientes valorados. Gráfico 3.

POrcentaje de Síndromes Geriátricos

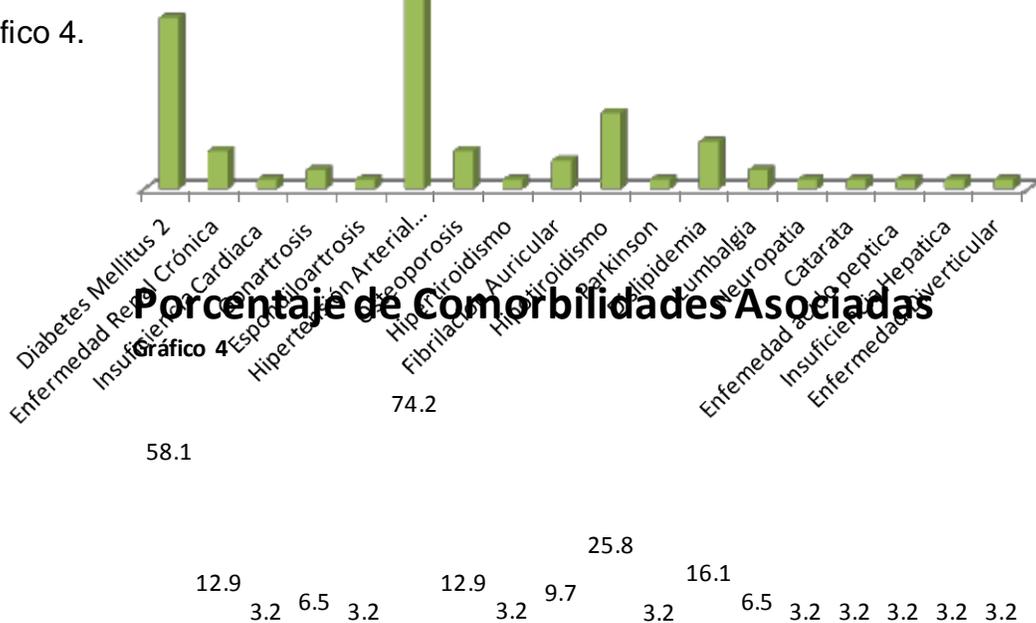
Gráfico 3



PoliFarmacia
 Depresión
 Transtorno Marcha
 Deprivación Auditiva
 Duelo No Resuelto
 Insomnio
 Dependencia Parcial
 Deprivación Auditiva
 Edentulia
 Transtorno del Sueno
 Síndrome de Caídas
 Desnutrición crónica
 Estreñimiento
 Demencia/ Alzh

Las comorbilidades que presentaron los pacientes estudiados fueron, Hipertensión Arterial Sistémica con frecuencia = 23 en el 74.2%. Diabetes Mellitus tipo 2 con una frecuencia de 18 en el 58.1% de los pacientes. Hipotiroidismo con frecuencia = 8 en el 25.8%. Dislipidemia con frecuencia = 5 en el 16.1%. Enfermedad Renal Crónica y Osteoporosis con frecuencia = 4 en el 12.9%. Fibrilación Auricular con frecuencia = 3 en el 9.7%. Gonartrosis y Lumbalgia con frecuencia = 2 en el 6.5%. Neuropatía, Insuficiencia Cardíaca, Enfermedad Acido Péptica, Insuficiencia Hepática, Espondiloartrosis, Hipertiroidismo, Enfermedad Diverticular, Catarata y Parkinson, con frecuencia = 1 en el 3.2% de los pacientes.

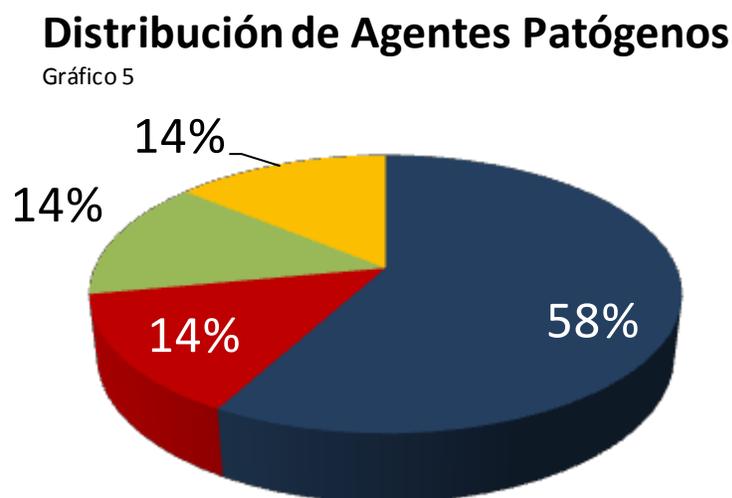
Gráfico 4.



Se reportó que el 45.2% de los pacientes presentan 3 o más Síndromes Geriátricos con una frecuencia de 14. El 48.3% de los pacientes, presentan 3 o más Enfermedades Crónico Degenerativas con una frecuencia de 15.

El estudio de correlación de variables se realizó con la prueba de Pearson, encontrando una correlación significativa entre Bacteriuria Asintomática y la presencia de 3 o más Síndromes Geriátricos, resultando un OR 12.0 IC (1.226-117.412) , $p=0.01$. Se realizó la correlación entre Bacteriuria Asintomática y cada una de las variables consideradas, sin embargo, las asociaciones no fueron estadísticamente significativas.

El agente patógeno que se presentó con más frecuencia fue *Escherichia coli* en el 57% (4/7) de los pacientes, seguida de *Staphilococcus epidermidis*, (1/3) *Streptococcus dysgalactiae* (1/3) y *Proteus mirabilis* (1/3) en el 14% de los casos respectivamente.



■ *E.coli*

■ *Proteus mirabilis*

■ *Streptococcus disgalactiae*

■ *Staphilococcus epidermidis*

En base al antibiograma realizado a cada paciente con diagnóstico de Bacteriuria asintomática, se reportaron las siguientes sensibilidades, (reportamos sólo aquellas que corresponden a antibióticos más comúnmente usados en el ambiente extra hospitalario).

Tabla de Sensibilidad Antimicrobiana

PACIENTE	TMP	LVF	NFT	CFT	CPR	AMK	AMP
1	$\leq 2/38$	≤ 2	≥ 64	≤ 8	≤ 1	< 16	≤ 8
2	$\geq 2/38$	≥ 4	≥ 64	≥ 32	≥ 2	≥ 64	≥ 8
3	$\geq 2/38$	≥ 4	≤ 16	≤ 8	≥ 2	≤ 16	≤ 8
4	$\leq 2/38$	≤ 2	≤ 32	≤ 8	≤ 1	≤ 16	≥ 16
5	$\leq 2/38$	≥ 4	≤ 32	≤ 8	≥ 2	≤ 16	≥ 16
6	$\leq 2/38$	≤ 2	≥ 64	≤ 8	≤ 1	< 16	≤ 8
7	$\geq 2/38$	≤ 2	≥ 64	≤ 8	≤ 1	≤ 16	≥ 16

DISCUSIÓN

En esta población de pacientes, ancianos mayores de 70 años de edad, geriátricos, habitantes en la comunidad, no institucionalizados, en donde la edad mínima fue de 70 y la máxima de 87 años, la bacteriuria asintomática se presentó con una prevalencia del 22.5%. En el 25% de los hombres y en el 22.2% de las mujeres. Habiendo excluido del estudio factores que en trabajos anteriores han demostrado ser predisponentes para la enfermedad; inmovilidad, incontinencia fecal o urinaria, enfermedades de la próstata y tratamiento sustitutivo hormonal, así como pacientes que hayan sido hospitalizados ó recibido tratamiento antimicrobiano en los últimos tres meses, encontramos que no existe asociación significativa entre la bacteriuria asintomática y algún Síndrome geriátrico en específico así como tampoco se encontró correlación con las numerosas comorbilidades consideradas.

Cabe resaltar que no encontramos asociación en este estudio entre la Bacteriuria asintomática y la Diabetes mellitus tipo 2, a pesar de que un alto porcentaje de la población padece ésta enfermedad, el 58.1%. La mayor parte de la literatura existente señala una fuerte asociación entre éstas.[3], sin embargo, en nuestro estudio esto no tuvo significancia.

Identificamos que los Síndromes geriátricos más frecuentes en nuestra población, son Polifarmacia (80%), Depresión (71%), trastorno de la marcha (51.6) y Deprivación Auditiva (25.8).

El 45.2% de los pacientes valorados (14/31) presentó 3 o más Síndromes Geriátricos, encontrando una fuerte asociación entre esta variable y la Bacteriuria Asintomática, es decir, aquellos pacientes con 3 o más Síndrome Geriátricos, independientemente de cuáles sean, (a excepción de inmovilidad, incontinencia fecal o urinaria), tienen una mayor probabilidad de presentar la enfermedad en estudio, OR 12.0 IC (1.226-117.412) , p =0.01.

Del tal manera que de la población estudiada, el 45.2%, tienen un riesgo mayor de tener bacteriuria asintomática. Los ancianos con éste diagnóstico tienen mayor riesgo de presentar infecciones urinarias sintomáticas recidivantes [2].

No se recomienda el tratamiento antimicrobiano en la bacteriuria asintomática, se considera innecesario y puede potencialmente causar efectos adversos indeseables así como el desarrollo de organismos resistentes y un aumento en el riesgo de interacciones medicamentosas de polifarmacia. Alrededor del 8% de riesgo para diarrea por *Clostridium difficile* [5]. Además de no mejorar la morbilidad ni la mortalidad, contribuyendo sólo a mayores tasas de bacterias resistentes.[2]

El reporte obtenido reitera que es de suma importancia un adecuado interrogatorio y exploración física, a fin de dar tratamiento sólo a infecciones urinarias sintomáticas a fin de evitar el uso indiscriminado y nocivo de antibióticos. Así como evitar prescripciones inútiles ante infecciones de vías urinarias recurrentes, incentivando el uso de cultivos y antibiogramas, en los pacientes ambulatorios en quien se tenga alta sospecha clínica, asociando el conocimiento

obtenido a fin de optimizar el tratamiento y la respuesta al antimicrobiano, disminuyendo la resistencia bacteriana y evitando exponer a mayor riesgo a la población anciana.

Analizamos también el antibiograma de los casos con Bacteriuria Asintomática, el microorganismo más frecuentes, fue *Escherichia coli* se reportó en el 57% (4/7) de los casos, seguida por *Staphylococcus epidermidis*, (1/3) *Streptococcus disgalactiae* (1/3) y *Proteus mirabilis* (1/3) en el 14% de los casos respectivamente.

Dirigimos nuestra atención a la sensibilidad reportada para los antibióticos que son usados generalmente en el medio ambulatorio encontrando que de entre trimetoprim/sulfametoxazol, levofloxacino, ciprofloxacino, ceftriaxona, amikacina, ampicilina y nitrofurantoína, la cepa de *Escherichia coli* fue sensible en el 57% (4/7) de los casos para trimetoprima/sulfametoxazol, levofloxacino y ciprofloxacino, mostrando concentraciones mínimas inhibitorias muy altas para el resto de los antimicrobianos.

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de Bacteriuria Asintomática en éste estudio, realizado en la Consulta externa del Hospital Juárez de México SS, en un periodo comprendido de marzo a abril del 2012 con un tamaño de muestra de 31 pacientes fue del 22.5%. Prevalencia para los hombres del 25% y para las mujeres del 22.2%.
2. Los Síndromes Geriátricos más frecuentes en nuestra población, son Polifarmacia (80%), Depresión (71%). Trastorno de la Marcha (51.6%) y Deprivación Auditiva (25.8%).
3. Los pacientes que presenten 3 o más Síndromes Geriatricos, sin importar cuál, tiene un riesgo mayor a ser portadores de Bacteriuria Asintomática.
4. No se encontró en este estudio una asociación estadísticamente significativa con algún Síndrome Geriátrico en específico ni con ninguna comorbilidad asociada.
5. El agente causal más frecuente en nuestra población fué *Escherichia coli*.
6. La sensibilidad para éste microorganismo es buena para trimetoprima/sulfametoxazol, levofloxacino, ciprofloxacino, media para Ceftriaxona, ampicilina y mala para nitrofurantoína y amikacina.

BIBLIOGRAFIA

1. Ouslander JG, Schapira M, Schnelle JF et al. Does eradicating bacteriuria affect the severity of chronic urinary incontinence
2. Childs SJ, Egan RE. Bacteriuria and urinary infections in the elderly. *Urol Clin North Am* 1996;23:43–54.
3. Nicolle LE. Asymptomatic bacteriuria in the elderly. *Infect Dis Clin North Am* 1997; 11: 647–662.
4. Abrutyn E, Mossey J, Berlin JA, et al. Does asymptomatic bacteriuria predict mortality and does antimicrobial treatment reduce mortality in elderly ambulatory women? *Ann Intern Med.* 1994;120:827–833.
5. Woodford HJ, George J. Diagnosis and management of urinary tract infection in hospitalized older people. *JAGS* 9;57:107–14.
6. Hedin K, Petersson C; Wideback K; Kahlmeter G; Molstad S.
7. Asymptomatic bacteriuria in a population of elderly in municipal institutional care. *Scand J Prim Health Care* 2002;20:166-168.
8. Nicolle LE; Bradley S; Colgan R; Rice JC Schaeffer A; Hooton TM
Asymptomatic bacteriuria: when to screen and when to treat. *Infect Dis Clin North Am* 2003;17:367-394. Infectious Diseases Society of
9. America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. *Clin Infect Dis* 2005;40:643-654.
10. Liang SY, Mackowiak PA. Infections in the elderly. *Clin Geriatr Med.* 2007;23:441–456.
11. Stamm WE, Raz P. Factors contributing to susceptibility of postmenopausal women to recurrent urinary tract infections. *Clin Infect Dis.* 1999; 28:723–725
12. Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN].
Management of suspected bacterial urinary tract infection in adults: a national clinical guideline. SIGN 2006. Available at: www.sign.ac.uk. Accessed May 3, 2011.
13. Lichtenberger P; Hooton TM. Complicated urinary tract infections. *Current Infectious Disease Reports.* 2008;10(6):499–504.

14. Tenner SM; Yadven MW; Kimmel PL. Acute pyelonephritis. Preventing complications through prompt diagnosis and proper therapy. *Postgraduate Medicine*. 1992;91(2):261–8
15. Wagenlehner FM; Vahlensieck W; Bauer HW; Weidner W; Naber KG, Piechota HJ. Primary and secondary prevention of urinary tract infections. *Urologe A*. 2011 Oct;50(10):1248-56.
16. Lavigne JP; Boutet-Dubois A; Laouini D, Combescure C; Bouziges N; Marès P; Sotto A. German. Virulence potential of *Escherichia coli* strains causing asymptomatic bacteriuria during pregnancy. *J Clin Microbiol*. 2011
17. Matthews SJ. Urinary tract infections in the elderly population. *Geriatr Pharmacother* 2011 Oct;9(5):286309.
18. Cormican M; Murphy AW; Vellinga A. Interpreting asymptomatic bacteriuria *BMJ*. 2011 Aug 4;343:56.
19. Beveridge LA; Davey PG; Phillips G; Optimal management of urinary tract infections in older people. *Clin Interv Aging*. 2011;6:173-80.
20. O'Dell KK. Asymptomatic bacteriuria and urinary tract infections in women. *J Midwifery Womens Health*. 2011 May-Jun;56(3):248-65.
21. Mandell GL; Raphael Dolin . Review Urinary tract infections *Principles and Practice of Infectious Diseases*. 2005. pp. 875–901.
22. Boscia JA, Kobasa WD; Knight RA, et al. Epidemiology of bacteriuria in an elderly ambulatory population. *Am J Med* 1986;80:208–14.

23. Juthani-Mehta M. Asymptomatic bacteriuria and urinary tract infection in older adults. *Clin Geriatr Med* 2007;23:585–94.
24. Ersoz M, Ulusoy H, Oktar MA, Akyuz M. Urinary tract infection and bacteriuria in stroke patients: frequency, pathogen, microorganisms and risk factors. *Am J Phys Med Rehabil* 2007;86:734–41.
25. Nicolle LE. Urinary tract infection in long term facility residents. *Clin Infect Dis* 2000;31:757–61.
26. Burroughs AK, Rosenstein IJ, Epstein O, Hamilton-Miller JMT, Brumfitt W, Sherlock S. Bacteriuria and primary biliary cirrhosis. *Gut* 1984;25:133–7.
27. Truzzi JCI, Almeida FMR, Nunes EC, Sadi MV. Residual urinary volume and urinary tract infection when are they linked? *J Urol* 2008;180:182–5.
28. May M, Brookman-Amissah S, Hoschke B, et al. Post void residual urine as a predictor of urinary tract infection – is there a cutoff value in asymptomatic Men. *J Urol* 2009;181:2540-4.
29. Stamm WE. Prevention of urinary tract infection. *Am J Med* 1984;76:148–4
30. Rodhe, N, Molstad, S, Englund L, et al. Asymptomatic bacteriuria in a population of elderly residents living in a community setting: prevalence, characteristics and associated factors. *Fam Pract* 2006;23:303–7.
31. Jackson SL, Boyko EJ, Scholes D, et al. Predictors of urinary tract infection after menopause: a prospective study. *Am J Med* 2004;117:903–
32. Ariathianto Y. Asymptomatic bacteriuria prevalence in the elderly population. *Aust Fam Physician* 2011 Oct;40(10):805-9.
33. HPA. Diagnosis of UTI. Quick reference guide for primary care. 2009. Available HPAweb_C/1194947330877. Accessed May 3, 2011

INDICE DE KATZ

LAVADO		
<input type="checkbox"/> <i>No recibe ayuda (entra y sale de la bañera por sí mismo, si ésta es su forma de bañarse).</i>	<input type="checkbox"/> <i>Recibe ayuda en la limpieza de sólo una parte de su cuerpo (ej. espalda o piernas)</i>	<input type="checkbox"/> <i>Recibe ayuda en el aseo de más de una parte de su cuerpo o ayuda al entrar y salir de la bañera.</i>
VESTIDO		
<input type="checkbox"/> <i>Toma la ropa y se viste completamente sin ayuda.</i>	<input type="checkbox"/> <i>Sin ayuda, excepto para atarse los zapatos.</i>	<input type="checkbox"/> <i>Recibe ayuda para tomar la ropa o ponérsela, o permanece parcialmente vestido.</i>
USO DEL RETRETE		
<input type="checkbox"/> <i>Va al baño, se limpia y se ajusta la ropa sin ayuda (puede usar bastón, andador o sillas de ruedas). Puede usar orinal o bacinilla por la noche, vaciándola por la mañana.</i>	<input type="checkbox"/> <i>Recibe ayuda para ir al baño, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso nocturno del orinal.</i>	<input type="checkbox"/> <i>No va al baño</i>
MOVILIZACION		
<input type="checkbox"/> <i>Entra y sale de la cama. Se sienta y se levanta sin ayuda (puede usar bastón o andador).</i>		<input type="checkbox"/> <i>No se levanta de la cama.</i>
CONTINGECIA		
<input type="checkbox"/> <i>Controla completamente ambos esfínteres.</i>	<input type="checkbox"/> <i>Incontinencia ocasional.</i>	<input type="checkbox"/> <i>Necesita supervisión. Usa sonda vesical o es incontinente.</i>
ALIMENTACION		
<input type="checkbox"/> <i>Sin ayuda</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ayuda sólo para cortar la carne o untar el pan</i> <i>Independiente</i>	<input type="checkbox"/> <i>Recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente usando sondas o fluidos intravenosos.</i> <input type="checkbox"/> <i>Dependiente</i>

VALORACION

- A. *Independiente en todas las funciones.*
- B. *Independientes en todas, salvo en una de ellas.*
- C. *Independiente en todas, salvo lavado, vestido y otra más.*
- D. *Independiente en todas, salvo lavado, vestido, uso de inodoro y otra más*
- E. *Independiente en todas, salvo lavado, vestido, uso del inodoro, movilización y otra más.*
- F. *Dependiente en las 6 funciones*

Otras dependientes al menos en dos funciones pero no clasificable como C, D, E, o F.

ESCALA DE LAWTON Y BRODY

CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO

- Utilizar el teléfono por iniciativa propia.....1
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares.....1
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar.....1
- No utiliza el teléfono..... 0

COMPRAS

- Realiza todas las compras necesarias independientemente.....1
- Realiza independientemente pequeñas compras.....0
- Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra.....0
- Totalmente incapaz de comprar.....0

PREPARACION DE LA COMIDA

- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente..... 1
- Prepara adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes..... 0
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada..... 0
- Necesita que le preparen y sirvan la comida.....0

CUIDADO DE LA CASA

- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados).....1
- Realiza tareas ligeras, tales como lavar los platos o hacer las camas..... 1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza.....1
- Necesita ayuda en todas las labores de la casa..... 1
- No participa en ninguna labor de la casa..... 0

LAVADO DE LA ROPA

Lava por sí solo toda su ropa.....1

Lava por sí solo pequeñas prendas.....1

Todo el lavado de la ropa debe ser realizado por otro.....0

USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE

Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche.....1

Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte.....1

Viaja en transporte público cuando va acompañado de otras personas.....1

Utiliza el taxi o automóvil sólo con ayuda de otros.....0

No viaja en absoluto.....0

RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACION

Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta.....1

Toma su medicación si la dosis es preparada previamente.....0

No es capaz de administrarse su medicación.....0

MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONOMICOS

Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo.....1

Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda
en las grandes compras, banco.....1

Incapaz de manejar dinero.....0

-
- 8 = Muy activos: actividades instrumentales completas.
 - 5 a 7 = Activos: actividades limitadas.
 - 1 a 4 = Poco activos: limitación del 50 % o más de esas actividades.
 - 0 = Inactivos: no realizan actividades instrumentales.

MINIMENTAL STATE EXAMINATION

(Folstein ME)

ORIENTACION [10] [] Fecha [] Año [] Mes [] Día [] Estación []

Hosp.. [] Piso [] Ciudad [] Depto. [] País []

FIJACION [3] [] Pelota [] Bandera [] Árbol []

ATENCIÓN y CALCULO [5] [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 []

0 [] D [] N [] U [] M []

MEMORIA [3] [] Pelota [] Bandera [] Árbol []

LENGUAJE [9] [] Nominación: Reloj [] Bolígrafo []

Repetición: - Ni si, ni no, ni peros- []

Comando: - Tome el papel con la mano derecha []

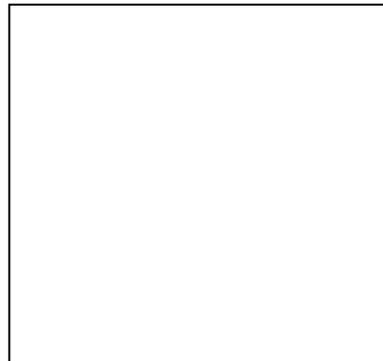
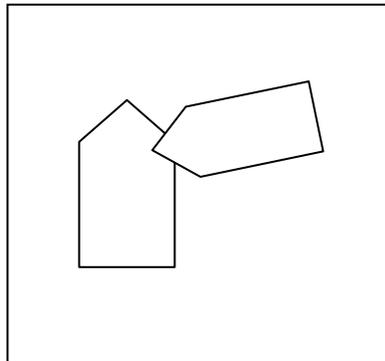
- Dóblelo a la mitad []

- Póngalo en el suelo []

Lectura: - Cierre los ojos- []

Escritura: Frase con sujeto, verbo y un sentido []

Copiado: 10 ángulos presentes y dos sobrepuestos []



Puntuación: ^24 a 18: deterioro leve
moderado ^ 7: deterioro severo

^ 15 a 17: deterioro

Escala de depresión geriátrica: Cuestionario corto

Escoja la respuesta adecuada según cómo se sintió usted la semana pasada.

1. *¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida? SI / NO*
2. *¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses? SI / NO*
3. *¿Siente usted que su vida esta vacía? SI / NO*
4. *¿Se aburre usted a menudo? SI / NO*
5. *¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo? SI / NO*
6. *¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar? SI / NO*
7. *¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? SI / NO*
8. *¿Se siente usted a menudo indefenso(a)? SI / NO*
9. *¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas? SI / NO*
10. *¿Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente? SI / NO*
11. *¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento? SI / NO*
12. *¿De la forma de cómo se siente usted en este momento, ¿Se siente usted inútil? SI / NO*
13. *¿Se siente usted con mucha energía? SI / NO*
14. *¿Siente usted que su situación es irremediable? SI / NO*
15. *¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted? SI / NO*

Las respuestas en **negrita** indican depresión. Asigne 1 punto por cada respuesta en **negrita**.

Un puntaje > 5 puntos parece indicar depresión.

Un puntaje ≥ 10 puntos es casi siempre un indicador de depresión.

Un puntaje > 5 puntos debería garantizar la realización de una evaluación integral de seguimiento.

