

Infección del Tracto Urinario (ITU) en Atención Primaria (Documento 2/3)

Este documento contempla situaciones de ITU frecuentes en Atención Primaria no contempladas en el documento 1/2 (mujeres no embarazadas con ITU no frecuentes y tracto urinario normal).

ITU RECURRENTE en mujer



Se consideran ITU recurrentes cuando hay 3 episodios de cistitis aguda en los últimos 12 meses o 2 episodios en los últimos 6 meses. No se incluyen los episodios de bacteriuria sin síntomas de ITU (bacteriuria asintomática). Las recurrencias son por:

- **80% reinfecciones.** Nueva infección por cepa diferente. Normalmente tras más de 2 semanas. Se observa fundamentalmente en mujeres jóvenes. Se ve favorecida por las relaciones sexuales y en mujeres postmenopáusicas en relación con el déficit estrogénico.
- **20% recidivas:** se presentan en las primeras 2 semanas tras la aparente curación y son debidas a la persistencia de la cepa original (mismo patrón resistencia (1), por tratamiento previo con antibiótico al que era resistente, tratamiento demasiado corto (ej. tratamiento corto en un pielonefritis subclínica), o sin causa aparente local. Puede requerir valoración urológica si son repetidas, no responden al tratamiento o tras dos recurrencias de pielonefritis.

Medidas no farmacológicas ([ver documento 1 /2](#)):

- Los consejos clásicos de orinar con frecuencia, la micción postcoital y los hábitos higiénicos no son eficaces, aunque pueden ser útiles en determinados pacientes.
- Valorar cambio de método anticonceptivo si se usan espermicidas o diafragma.
- La evidencia sobre acidificación de orina, lactobacilos orales, profilaxis inmunológica o zumo de arándanos es muy controvertida.

Tratamiento:

Se debe realizar urocultivo pretratamiento y postratamiento, a las 1-2 semanas (las tasas de resistencias suelen ser más altas) (2).

- **Reinfección:** antibiótico en pauta corta ([ver documento 1 /2](#)).
- **Recidivas** (mismo germen): Si la afectación es leve: esperar al resultado del urocultivo. Si no puede esperar, probar antibiótico diferente al utilizado en episodio anterior a la espera del urocultivo. Valorar pauta de 7 días (3) y reforzar adecuado cumplimiento.

Dependiendo de la frecuencia:

- Reinfección **poco frecuente: (<3/año):** tratar de forma aislada cada episodio ([ver documento 1 /2](#)). Valorar autotratamiento prescribiendo una dosis de fosfomicina trometamol 3g con instrucciones al paciente: tomar en caso de síntomas claros y consultar si no mejora en 48 horas. No realizar urocultivo.
- Reinfecciones **frecuentes (≥3/año o 2 en 6 meses).** Opciones a valorar:
 - Mujer postmenopáusica con atrofia vaginal: estrógenos tópicos vaginales. Una posible pauta es estradiol en crema u óvulos 0,5mg/noche durante 2 semanas, seguido de 2-3 aplicaciones/semana durante 8 meses.
 - Profilaxis antibiótica. Se considera cuando las recomendaciones clásicas de prevención y los tratamientos no antibióticos no funcionan y se valorará en función del grado de disconfort de la paciente y la posibilidad generación de resistencias. La elección depende de la frecuencia, el patrón y las preferencias de la paciente:
 - a. Relacionado con actividad sexual: profilaxis postcoital con dosis única de fosfomicina trometamol 3g, (valorable cuando supone menor uso de antibióticos que la profilaxis continua).
 - b. Autotratamiento con dosis única de fosfomicina trometamol 3g (**prescribir a demanda**). Es una opción válida en ITU bien documentadas, en mujeres motivadas que cumplen con las instrucciones. Supone menor uso de antibióticos que la profilaxis continua.
 - c. Profilaxis continua. Se inicia tras completar el tratamiento del episodio agudo. El antibiótico de elección es fosfomicina trometamol 3g cada 10 días. Alternativa: Cotrimoxazol 40/200mg al día (medio comprimido de 80/400 mg), valorando posteriormente su uso 3 veces a la semana, en función de la evolución, para disminuir el uso de antibióticos. Debe evitarse en el embarazo. En caso de reinfección durante la profilaxis continua, se interrumpe y se trata con un antibiótico diferente. La duración de la profilaxis es controvertida. En los estudios, la duración de la profilaxis son 6-12 meses. Algunos organismos abogan por profilaxis de 6 meses, otros abogan por su uso durante periodos más prolongados (2 o incluso 5 años) (4,5). Un 20-30% de los casos recurren una vez cesada la profilaxis. Por ello, a los 6- 12 meses se debe valorar la modificación de factores de riesgo (actividad sexual, uso de espermicidas o diafragma) y valorar la suspensión del antibiótico, su continuación o el paso al autotratamiento.

No debe usarse la nitrofurantoína como profilaxis de larga duración dados los efectos adversos graves pulmonares y hepáticos descritos ([nota AEMPS](#)). Fluorquinolonas, cefalosporinas o amoxicilina-clavulánico deben evitarse por su mayor impacto ecológico, generación de resistencias y aumento de riesgo de infección por *C. difficile*, SARM e ITU resistentes. (Ver [restricciones uso quinolonas](#) por reacciones a nivel sistema nervioso y musculo esquelético). Las resistencias a los antibióticos utilizados en las ITU están creciendo.

ITU en EMBARAZADA

Consideraciones

La ITU y bacteriuria en la embarazada, por norma general se abordan en ginecología/matrona y las recomendaciones son:

- Realizar un urocultivo de rutina en la primera visita de embarazo en el primer trimestre (matrona).
- Si se detecta **bacteriuria asintomática se debe tratar**, ya que se asocia a más riesgo de pielonefritis (6) y se realizarán urocultivos mensuales hasta final del embarazo.
- ITU no complicada en embarazo: tratar igual que ITU no complicada en mujer. Si tras el tratamiento persiste la clínica o hay bacteriuria: remitir a ginecología.

Si se detecta *Streptococcus agalactiae* (estreptococo grupo B) en cualquier momento del embarazo, es obligatoria la profilaxis antibiótica en el parto para prevenir sepsis neonatal, independientemente de que la infección haya sido tratada. Remitir a ginecología.

Tratamiento

- Se realiza urocultivo previo y 1-2 semanas tras el tratamiento; posteriormente mensuales hasta el final del embarazo.
- **Bacteriuria asintomática o cistitis** no complicada en embarazo: **se puede iniciar tratamiento** empírico con: **Fosfomicina trometamol** 3 g, dosis única y modificar según antibiograma si precisa. Alternativas:
 - Nitrofurantoína: 100mg/12h, 5-7 días (salvo último trimestre)
 - Cefuroxima-axetilo 250 mg/12 h, 5 días.
- **Recidiva** ITU en embarazo, tras 2 semanas del primer episodio (misma cepa): tratamiento según antibiograma: con el mismo antibiótico 7 días si previamente se trató 3 días, o duración estándar con otro antibiótico (6).

Profilaxis:

- **ITU recurrentes frecuentes** en embarazo: Fosfomicina trometamol 3 g cada 10 días hasta final de embarazo

ITU no complicada en VARON

La ITU no complicada en el varón es muy poco frecuente: 5-8 ITU/10.000-año entre los 15 y 30 años. Se debe valorar una posible prostatitis o una ITS.

- No hay evidencias de buena calidad para guiar el tratamiento óptimo de las ITU en el varón.
- Realizar urocultivo pretratamiento.
- Tradicionalmente se ha considerado que las ITU en los varones son procesos complicados resultantes de anomalía anatómica o funcional. Actualmente se considera **ITU no complicada en varones** si:
 - <40 años
 - Sin signos o síntomas de enfermedad sistémica
 - Sin ITU previas
 - Alteración estructural o funcional poco probable

Manejo de la ITU no complicada en VARON joven (<40 años):

- Tratar con ATB guiado por antibiograma si los síntomas son leves.
- En caso de necesitar comienzo empírico Fosfomicina 3g, una dosis
 Alternativa: Cefuroxima 250mg/12h, 5 días.
 Nitrofurantoína no está indicada en la ITU en varones ([nota AGEMED 16/2016](#))

Resto de situaciones se considera ITU complicada y se remiten a urología previo inicio de tratamiento empírico:

- cefixima 400 mg /24h, 7-14 días (anciano 14 días),
- en caso de sospecha de prostatitis
 - o ciprofloxacino 500mg c/12 horas, 4 semanas o
 - o cotrimoxazol 800/160 mg c/12 horas, 4 semanas

Bacteriuria ASINTOMÁTICA (urocultivo positivo asintomático)

No tratar en:

- Mujeres no embarazadas
- Diabetes bien controlada
- Ancianos, incluidos los institucionalizados
- Personas con lesión medular y vejiga neurógena
- Sondados

Solo tratar en:

- Embarazo
- Antes de intervención urológica (resección próstata, manipulaciones instrumentales con riesgo de sangrado).

Bibliografía:

- 1- Guía multidisciplinar de la Asociación Española de urología 2013. Cistitis no complicada en mujer.
- 2- Infecciones del tracto urinario. AMF 2013;9(3):124-133
- 3- Infección urinaria en el adulto: actualización. INFAC 2011, nº9
- 4- Recurrent urinary tract infection in women. https://www.uptodate.com/contents/recurrent-urinary-tract-infection-in-women?topicRef=8063&source=see_link
- 5- Guidance on management of recurrent urinary tract infection in non-pregnant women. https://www.scottishmedicines.org.uk/files/sapg1/Management_of_recurrent_lower_UTI_in_non-pregnant_women.pdf
- 6- Urinary tract infections and asymptomatic bacteriuria in pregnancy. https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy?search=pregnancy%20uti&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- 7- Tratamiento con estrógenos en mujeres postmenopáusicas con infecciones urinarias de repetición http://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar_pregunta&id=21862&idsec=453
- 8- Duration of antibacterial treatment for uncomplicated urinary tract infection in women <http://www.cochrane.org/es/CD004682/duracion-del-tratamiento-antibacteriano-para-la-infeccion-urinaria-no-complicada-en-mujeres>
- 9- Acute simple cystitis in men. https://www.uptodate.com/contents/acute-simple-cystitis-in-men?search=urinary%20tract%20infection%20man&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H944938191
- 10- Approach to the adult with asymptomatic bacteriuria. https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-asymptomatic-bacteriuria?search=10-%09Approach%20to%20the%20adult%20with%20asymptomatic%20bacteriuria&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- 11- Catheter-associated urinary tract infection in adults. <https://www.uptodate.com/contents/catheter-associated-urinary-tract-infection-in-adults>
- 12- Preevid. Tras un sondaje vesical ¿se debe pautar siempre profilaxis antibiótica? http://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar_pregunta&id=20082&idsec=453