

Protocolo para el manejo ambulatorio de la Infección urinaria en adultos

Muhn Silvana, Rotela Adriana

Las infecciones urinarias siguen en frecuencia a las del aparato respiratorio. Se estima que el 10-20% de las mujeres sufre al menos un episodio de ITU a lo largo de su vida. Durante el primer año de vida la ITU es más frecuente en el varón, debido a anomalías congénitas de la uretra. A partir de los 50 años la prevalencia de ITU en los varones aumenta de forma progresiva quizás en relación con la patología prostática o las manipulaciones urológicas. En la mujer la prevalencia de ITU pasa del 1% en la edad escolar al 5% a los 20 años, coincidiendo con el inicio de las relaciones sexuales y los embarazos. A partir de esta edad sigue en aumento a razón del 1 al 2% por cada década de vida. La importancia de las ITU radica no solo en su frecuencia, sino también en el riesgo que entraña de originar bacteriemia, lesión renal progresiva e irreversible y recurrencias de tratamiento y profilaxis a menudo difíciles.

Cistitis en la mujer

Definición:

Infección del tracto urinario bajo. El manejo de la cistitis aguda no complicada debería ser relativamente uniforme, debido a que la susceptibilidad del agente causante es generalmente concida. Las guías de prácticas clínicas han sido propuestas como una estrategia para reducir la variabilidad práctica, controlar los gastos de salud, y mejorar los resultados en los pacientes. Por lo tanto la cistitis no complicada es un desorden en el cual las guías deben ser usadas ya que la administración de un antibiótico efectivo, bien tolerado y económico y la eliminación de laboratorios innecesarios disminuye la morbilidad y los costos.

Etiología:

- Escherichia coli (80%);
- Estafilococo saprofiticus (5-10%);
- Otros: proteus, klebsiella, candida.

Clínica:

Se caracteriza por la aparición de

- Disuria,
- Polaquiuria y
- Tenesmo.
- Con menor frecuencia el paciente tiene
- Incontinencia,
- Dolor suprapúbico,
- Hematuria
- Fiebre.

Diagnóstico:

La sospecha de ITU se confirma con el análisis de una muestra de orina y el urocultivo. No es solicitar estos análisis en las mujeres jóvenes sin factores de riesgo.

Factores de riesgo de colonización renal.

Contraindican la administración de pauta corta con ATB:

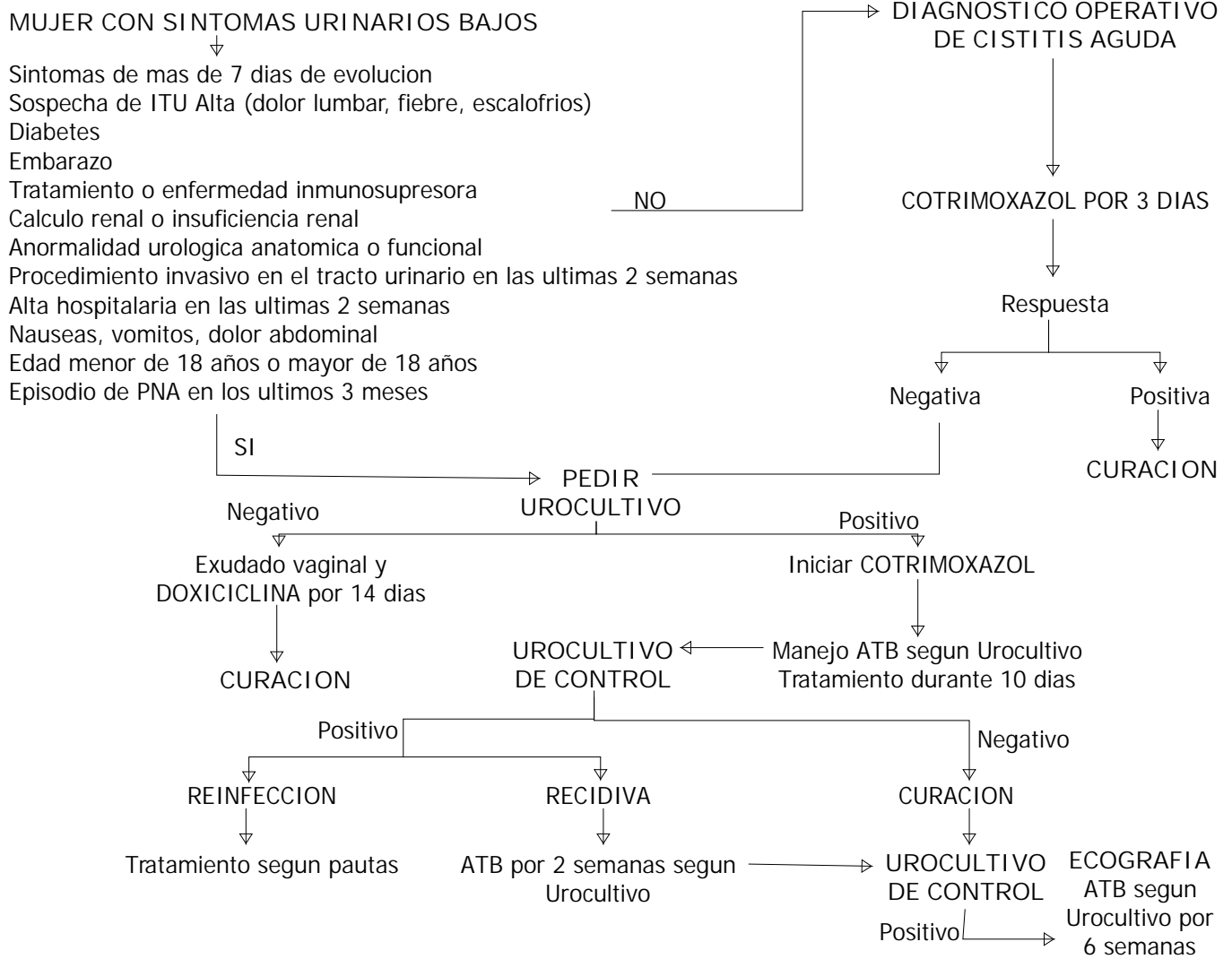
En estos pacientes se debe solicitar urocultivo antes y después del tratamiento con ATB.

- Síntomas de más de 7 días de evolución.
- Sospecha se itualta (dolor lumbar, fiebre, escalofríos)
- Diabetes
- Embarazo
- Tratamiento o enfermedad inmunosupresora
- Cálculo renal o insuficiencia renal
- Anormalidad urológica funcional o estructural conocidas
- Cateterización del tracto urinario u otro procedimiento urológico o instrumentación dentro de las últimas 2 semanas
- Alta hospitalaria dentro de las 2 últimas semanas
- 4 o más episodios de ITU en el último año
- Náuseas, vómitos, o dolor abdominal
- Edad menor de 18 años y mayor de 65 años
- Episodio de PNA en los últimos 3 meses

Manejo clínico:

Cuando una mujer sexualmente activa consulta al médico por primera vez por un síndrome de polaquiuria, urgencia y disuria no es imprescindible obtener un urocultivo y la decisión terapéutica puede basarse en la presentación clínica y en la presencia o la ausencia de piuria. En presencia de piuria se recomienda administrar un agente antimicrobiano para el tratamiento de una ITU. La terapéutica de curso breve representa un enfoque inicial razonable en las mujeres adultas salvo en los casos mencionados anteriormente donde hay mayor riesgo de pielonefritis oculta. Ante la ausencia de respuesta clínica se encuentra indicado un urocultivo, para evaluar la probabilidad de un microorganismo resistente, se debe solicitar también un exudado vaginal. En pacientes con urocultivo negativo y síntomas urinarios bajos realizar tratamiento para clamidias. En

CUADRO 1: Esquema de manejo de la mujer adulta con Sintomas Urinarios Bajos



mujeres con factores de riesgo para desarrollar PNF, se debe solicitar urocultivo y antibiograma y luego comenzar con el tratamiento empírico. No se aconseja realizar en estos casos pauta corta de antibióticos. A las 48 hs se debe evaluar la respuesta clínica al tratamiento. Si no hay mejoría clínica rotar de antibiótico según antibiograma. Una a dos semanas de finalizado el tratamiento están indicados los urocultivos de control.

Pielonefritis en la mujer:

Definición:

Es la infección del tracto urinario superior. El diagnóstico de pielonefritis es clínico y corresponde al síndrome que acompaña a la respuesta inflamatoria ante una invasión bacteriana del parenquima renal. La etiología es semejante a la de la ITU baja.

Clinica:

Suele caracterizarse por la aparición de escalofríos y temperatura mayor a 40°C, dolor en la región renal y síntomas de vías urinarias bajas. Puede haber también vómitos y compromiso del estado general.

Diagnóstico:

Se realiza clínicamente más la confirmación bacteriológica (urocultivo). Se puede solicitar laboratorio de rutina.

Criterios para solicitar ECO renal:

- ➔ Fiebre persistente de más de 72 hs de evolución, con ATB adecuados.
- ➔ ITU recurrente.
- ➔ Clínica atípica por hamaturia persistente o dolor cólico.
- ➔ Embarazo.
- ➔ Anomalías estructurales o antecedentes de litiasis renal.

Manejo clínico:

En todas las pacientes con sospecha de PNF el tratamiento debe ir precedido por el urocultivo y el antibiograma y un laboratorio de rutina. El manejo puede ser ambulatorio o en internación según halla o no factores asociados.

Factores asociados:

- ➔ Dolor lumbar intenso
- ➔ Mal estado general
- ➔ Enfermedad asociada
- ➔ Infección recurrente

- Mal medio social
- Vómitos

El tratamiento eficaz se asocia con una notable mejoría clínica a las 48 hs de la instauración del tratamiento. Si a las 48 hs no se observa una respuesta favorable no se justifica continuar con el mismo régimen terapéutico. En este caso se modifica el tratamiento con un fármaco optativo de acuerdo con los resultados del antibiograma. En la PNF no complicada, después de la respuesta clínica y la remisión del cuadro agudo se pasa al tratamiento oral, el cual se debe continuar hasta completar 14 días. Es imprescindible el seguimiento con urocultivos en el curso de 1 a 2 semanas después de completado el tratamiento. Aquellos pacientes tratados de forma ambulatoria también deben ser evaluados a las 48 hs si la respuesta clínica a las 48 hs es mala queda a criterio del médico continuar con tratamiento ambulatorio rotando de ATB o internar a la paciente.

Infección del tracto urinario recidivante:

Corresponden al 20% de las recurrencias. Ocurren dentro de la segunda y cuarta semana de la aparente curación. Se produce a partir del mismo microorganismo que ha persistido del primer episodio. Los pacientes con recidiva después de un curso breve de tratamiento o de un tratamiento de 7 a 10 días de duración deben considerarse candidatos a un curso de tratamiento de 2 semanas, finalizado este hay que solicitar urocultivo de control y

estudiar al paciente si este es nuevamente positivo. Los estudios que podemos solicitar antes de la interconsulta con el especialista son: ecografía renal y urograma excretor.

Reinfección del tracto urinario:

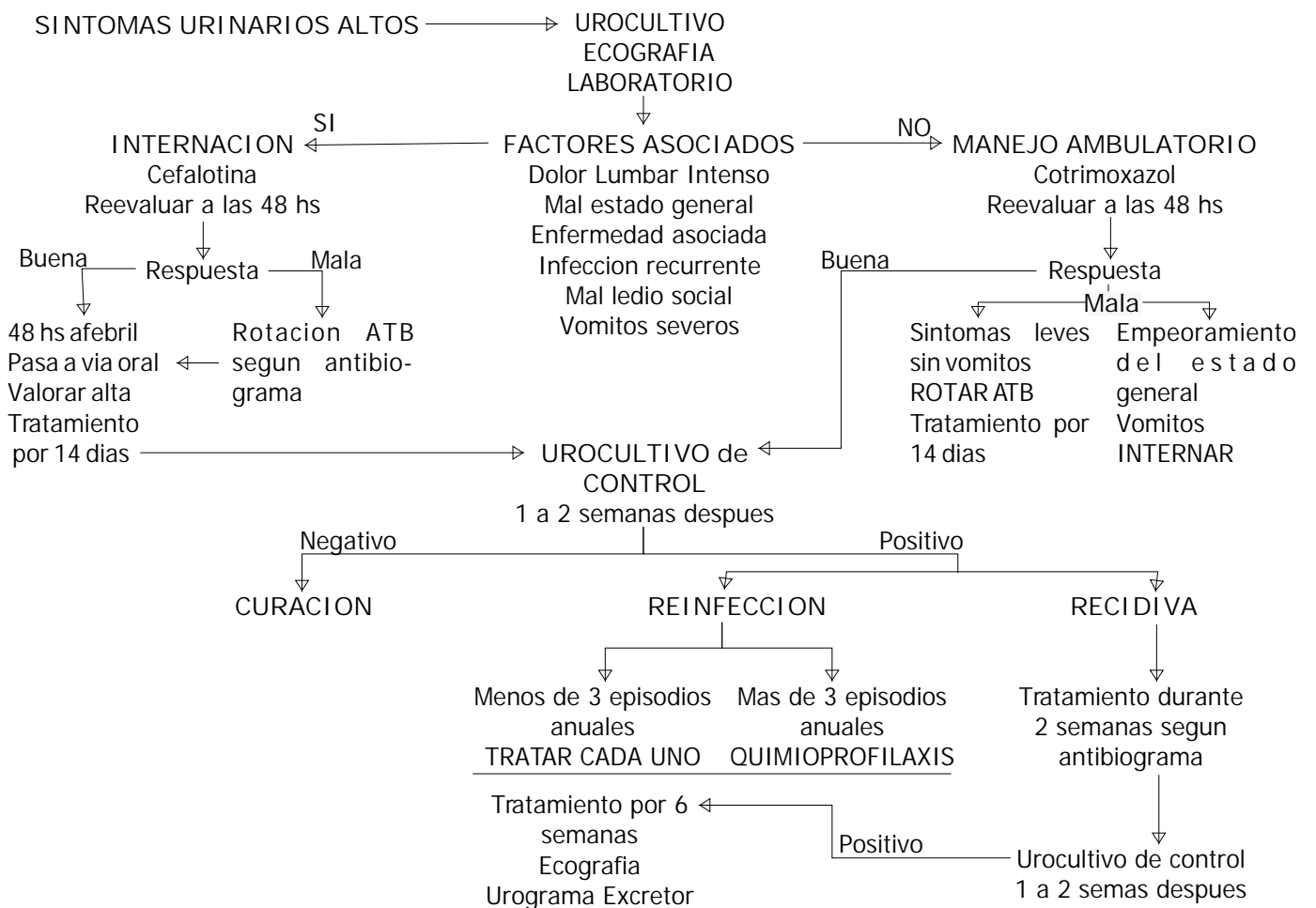
Corresponden al 80% de las recurrencias. Están producidas por un germen nuevo, los pacientes con reinfección pueden dividirse en dos grupos:

- Reinfecciones infrecuentes (menos de 3 episodios por año): tratamiento de cada episodio.
- Reinfecciones frecuentes (más de 3 episodios por año)

- Sin relación con el coito: tratamiento diario o en días alternos con: TMX/SMX 40/200 mg/día; CEFALEXINA 250 mg/día; NITROFURANTOÍNA 50 a 100 mg/día.
- Relacionado con el coito: realizar profilaxis poscoital con: TMP/SMX 80/400 mg/día; CEFALEXINA 250 mg/día; NITROFURANTOINA 50 a 100 mg/día.

Los pacientes tratados con profilaxis prolongada deben ser seguidos con un urocultivo por mes o con mayor frecuencia si aparecen síntomas en el intervalo. El tratamiento con el mismo agente antimicrobiano debe mantenerse en la medida en que el paciente siga sin bacteriuria. Si ésta persiste o recurre durante la administración de un agente antimicrobiano, se deberá utilizar

CUADRO 2: Esquema de manejo de la Pielonfritis en Mujeres adultas no embarazadas



otro fármaco basándose en la respuesta de la bacteriuria como parámetro para juzgar la eficacia farmacológica.
Tratamiento de la infección urinaria en la mujer
Monodosis:

No se recomienda ésta forma de tratamiento.

- TMP/SMX 320/1600 mg
- Ciprofloxacina 1gr
- Cefalexina 2gr
- Amoxicilina 3gr

Pauta de tres días:

- TMP/SMX 160/800 mg c/12 hs
- Ciprofloxacina 500 mg c/12 hs
- Nitrofurantoina 100 mg c/6 hs
- Amoxicilina 1 a 3 gr día dividido en tres tomas
- Amoxicilina clavulánico 500/125 mg c/8 hs

Tratamiento de la pielonefritis:

Si el tratamiento se realiza por vía oral se administran las mismas drogas y en las mismas dosis que para la cistitis solo que el tratamiento dura 10 a 14 días.

Para el tratamiento EV se aconseja:

Cefalotina 1 gr c/6 hs

Ampicilina más gentamicina a dosis habituales.

Infección urinaria en hombres:

Prostatitis:

Cerca de la mitad de los hombres tendrán un episodio de prostatitis en su vida y corresponden al 25% de las consultas al médico general. Es el problema urológico más común en hombres jóvenes (50 años) y la tercera más común en ancianos.

Clasificación:

La prostatitis corresponden a un grupo heterogeneo de desordenes infecciosos y no infecciosos y la mayoría de los cuales no son evaluados para determinar su causa.

Prostatitis bacteriana: caracterizada por síntomas urinarios, con urocultivos positivos y cultivos de secreción prostática también positivos, con presencia de células inflamatorias en la secreción prostática. Se divide en:

- Aguda: sintomatología intensa y compromiso del estado general.
- Crónica: de comienzo insidioso, sintomatología menos pronunciada, síntomas genitourinarios de tipo irritativo u obstructivo e infecciones recurrentes del tracto urinario.

Prostatitis no bacteriana o síndrome de dolor pélvico crónico: ocurre en hombres sin antecedentes de ITU con urocultivo negativo y cultivo de secreción prostática negativo. Se presenta con dolor rectal o genitourinario y alteraciones en el vaciado vesical, el fluido prostático contiene células inflamatorias.

Prostatitis inflamatorias asintomáticas: la inflamación

prostática se detecta durante la evaluación por otra causa.

Etiología:

El agente etiológico predominante en la P bacteriana aguda y crónica es la escherichia coli, seguido por proteus, y providencia y menos comunmente klebsiella, serratia, enterobacter.

Presentación clínica:

Prostatitis bacteriana aguda: fiebre, escalofríos, dolor lumbar, dolor rectal o perineal. Síntomas urinarios irritativos u obstructivos. TR: próstata caliente, firme, aumentada de tamaño y muy dolorosa. FLUIDO PROSTÁTICO: abundantes leucocitos, macrófagos cargados de grasa, cultivo positivo. Urocultivo positivo.

Prostatitis bacteriana crónica: se presenta como ITU recurrente, luego de un tratamiento ATB adecuado. Hay disuria, trastornos miccionales, dolor en la eyaculación, hemoespermia, dolor genital o pélvico. FLUIDO PROSTÁTICO. Más de 10 leucocitos por campo.

Prostatitis no bacteriana: se da en hombres jóvenes, con síntomas semejantes a la prostatitis crónica.

Diagnóstico:

El test fundamental para el diagnóstico de prostatitis bacteriana es la biopsia pero esta rara vez se realiza. Se debe solicitar urocultivo.

Cistitis:

La ITU es rara en hombres jóvenes, pero el riesgo aumenta en pacientes no circuncidados, con infección por HIV, la infección aumenta con la edad y alteraciones funcionales. La ITU en hombres se considera complicada. Diagnóstico bacteriológico: se considera cultivo positivo con más de 10³ UFC

Agente etiológico: esch. Coli, proteus, providencia, klebsiella, enterobacter, pseudomonas, etc.

Evaluación diagnóstica: urograma excretor, pielografía IV, cistografía. Se recomienda estudiar a todos los hombres jóvenes luego de su primer episodio y a los ancianos luego de las recaídas.

Manejo clínico de la itu en hombres:

Ante un hombre que nos consulta por síntomas urinarios lo primero que debemos hacer es solicitar un sedimento de orina y urocultivo. Si el sedimento es normal se deben buscar alteraciones a nivel del pene, uretra, próstata o vejiga.

Si el sedimento es patológico, pero el cultivo es negativo debemos pensar en orquiepididimitis o uretritis. En pacientes con síntomas urinarios bajos también debemos pensar en prostatitis aguda en estos casos también tendremos urocultivos positivos, la diferencia la encontraremos en el tacto rectal, siendo este muy doloroso en la prostatitis aguda. El tratamiento de la prostatitis aguda puede realizarse en forma ambulatoria o no según el estado clínico del paciente, durante 4 semanas.

Una vez descartada la prostatitis aguda, debemos diferenciar si estamos ante una cistitis o una PNF. La cistitis debe recibir tratamiento ambulatorio por 10 días y se debe estudiar fundamentalmente si el tratamiento fracasa o la cistitis recidiva. Se debe realizar ECO y urograma excretor, y derivar a urología. Si el paciente presenta una PNF se debe internar, solicitar ECO y realizar tratamiento EV por 48 hs y si la respuesta

es favorable continuar por 10 a 14 días por VO. Se debe solicitar cultivo de control a la semana de finalizado el tratamiento y se debe derivar al paciente al urólogo. Recordar que la infección urinaria en hombres se considera complicada por lo que se debe solicitar urocultivo antes de empezar el tratamiento y al finalizarlo para verificar la curación. No se recomiendan las pautas cortas de tratamiento.

CUADRO 3: Esquema de manejo del varon adulto con sintomas urinarios

