

CISTITIS AGUDA NO COMPLICADA EN LA MUJER

INTRODUCCIÓN

El 10% de los procesos infecciosos en Atención Primaria son cistitis y cerca del 15% de todos los antibióticos se prescriben para infecciones del tracto urinario (ITU), con el consiguiente impacto en el consumo de antibióticos y el riesgo de desarrollo de resistencias.

La causa más frecuente de ITU baja no complicada es *Escherichia coli* (> 70%), seguido por *Staphylococcus saprophyticus*, *Klebsiella* spp., *Proteus* spp., y *Enterococcus* spp. El tratamiento antibiótico es generalmente empírico, por lo que es necesario conocer y actualizar periódicamente el patrón local de sensibilidad a los antibióticos de empleo habitual.

Actualmente se recomienda diversificar los tratamientos, favoreciendo el empleo de antibióticos eficaces y con poco uso en otras infecciones, con el objeto de prevenir o retrasar el desarrollo de resistencias a otros antibióticos de empleo más habitual en otras indicaciones.

DEFINICIÓN

Infección de la vejiga urinaria que cursa con síntomas miccionales (disuria, urgencia miccional, polaquiuria y en ocasiones, dolor suprapúbico) y habitualmente sin fiebre.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

No es necesario solicitar **urocultivo** porque la etiología y la sensibilidad son predecibles. Se realizará el **tratamiento de forma empírica**.

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN**	TRATAMIENTO ALTERNATIVO**
Mujer premenopáusica, no embarazada, sin anormalidades urológicas ni comorbilidades	Fosfomicina trometamol 3 g vo, dosis única.	Nitrofurantoína 50 mg/8h vo, 5-7 días o Cefuroxima-axetilo 250 mg/12h vo, 5 días
Resto de situaciones*	Fosfomicina trometamol 3 g vo, dos dosis (días 1 y 3).	Nitrofurantoína 50 mg/8h vo o Cefuroxima-axetilo 250 mg/12h vo, durante 7-10 días

* Embarazo, infección previa en el último mes, clínica de más de 1 semana de duración, inmunodepresión, diabetes, insuficiencia renal, anomalía anatómica o funcional de vías urinarias... En este grupo de pacientes los tratamientos de corta duración no están bien establecidos, por lo que se recomiendan tratamientos más prolongados.

** En caso de sospecha de infección por *Proteus* spp. (infecciones previas por este microorganismo u orina muy alcalina): Utilizar cefuroxima-axetilo 250 mg/12 h durante 10 días.

OBSERVACIONES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Se debe iniciar el tratamiento antibiótico empíricamente. Si hay dudas sobre el diagnóstico (cistitis o pielonefritis), no se aconseja iniciar el tratamiento con fosfomicina o nitrofurantoína, ya que estos antibióticos no consiguen un adecuado nivel en tejido renal.

En mujeres posmenopáusicas los síntomas genitourinarios no siempre guardan relación con una ITU y, por tanto, no constituyen necesariamente una indicación de tratamiento antibiótico.

El manejo de infecciones recurrentes (3 episodios en el último año o 2 en los últimos 6 meses) se tratará en otro capítulo.



MICROORGANISMOS IMPLICADOS

Microorganismo más frecuente: *E.coli*

Tasas de resistencia de *E.coli* en León (referidas a 2012): altas a ampicilina (63%), ciprofloxacino (38%), cotrimoxazol (37%), y amoxicilina-clavulánico (25%). No se deberían usar sin antibiograma previo.

La identificación de más de una especie bacteriana en el urocultivo puede indicar que la muestra está mal recogida.

Consultar tríptico de resistencias elaborado periódicamente por el Servicio de Microbiología Clínica del Complejo Asistencial Universitario de León.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Erradicar la infección y evitar las recurrencias, haciendo un empleo racional de los antibióticos, de forma que se prevenga el desarrollo de resistencias.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Tras la administración de una dosis única de fosfomicina, los síntomas desaparecen generalmente pasados 2-3 días después del tratamiento debido a la inflamación precedente.

SEGUIMIENTO

No está indicada la realización sistemática de análisis de orina ni **urocultivos posteriores al tratamiento en las pacientes asintomáticas.**

Sólo si los síntomas no se resuelven al final del tratamiento o si reaparecen en el plazo de 2 semanas, ha de realizarse urocultivo antes de instaurar un nuevo tratamiento antimicrobiano. Si se puede esperar al resultado del antibiograma, indicar tratamiento antibiótico en función del mismo; si la clínica no permite esperar al resultado del antibiograma, iniciar tratamiento empírico con un antibiótico distinto al utilizado inicialmente. En ambos casos, utilizar un régimen de al menos 7 días de duración.

Es fundamental indicar en el volante de petición del urocultivo datos clínicos importantes y suficientes, motivo de la petición y tratamiento antibiótico previo o activo.

SEGURIDAD

Las cefalosporinas pueden incrementar el efecto anticoagulante de los antagonistas de la vitamina K (acenocumarol, warfarina), por lo que se recomienda monitorizar al paciente.

PRECAUCIONES

Fosfomicina se debe administrar con el estómago vacío (1 hora antes de ingerir los alimentos, o bien 2 horas después), y preferiblemente al acostarse después de haber vaciado la vejiga. No usar en insuficiencia renal grave (CICr < 10 mL/min) ni en hemodiálisis ni en menores de 6 años.

Nitrofurantoína se debe tomar junto con alimentos, a fin de reducir la incidencia de irritación gástrica. Puede teñir la orina de color amarillo o marrón. Evitar en pacientes con insuficiencia renal (CICr < 60 mL/min)

Cefuroxima-axetilo se recomienda administrar junto con las comidas.

DERIVACIÓN

Infección urinaria complicada se tratará en otro capítulo.

En mujeres con ITU recurrentes no se recomienda la realización sistemática de un estudio urológico, pero se debe considerar en caso de sospecha de alteraciones funcionales o estructurales del trato urinario.



AUTORES

Álvarez Torices JC^a, Fernández Natal MI^b, Fernández Vázquez JP^a, Fernández Vázquez M^b, Guerra Laso JM^c, Molina Mazo R^d, Sáez Villafañe M^e, Yáñez González IM^d.

Médico de Atención Primaria del Área de Salud de León^a. LE en Microbiología Clínica del CAULE^b. LE en Medicina Interna del CAULE^c. Farmacéutica de Atención Primaria del Área de Salud de León^d. LE en Farmacia Hospitalaria del CAULE^e.

Fecha elaboración: Enero 2014

BIBLIOGRAFÍA

1. Gupta K, Hooton TM, Naber KG, Wullt B, Colgan R, Miller LG, et al. International Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Acute Uncomplicated Cystitis and Pyelonephritis in Women: A 2010 Update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases. Clin Infect Dis 2011; 52(5):e103-120.
2. Documento de Consenso sobre Infecciones del tracto urinario. Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas. Volumen 13. Suplemento 1. 2012.
3. Grabe M, Bjerklund-Johansen T.E., Botto H., Wullt B., Çek M., Naber K.G., Pickard R.S., Tenke P., Wagenlehner F. Guidelines on Urological Infections. European Association of Urology 2013.
4. Cistitis no complicada en la mujer. Guía multidisciplinar Asociación Española de Urología 2007.
5. Guía terapéutica Sacyl. Problemas de salud prevalentes en medicina familiar. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud. Fecha de actualización: Marzo de 2013.
6. Infección urinaria en el adulto: actualización. Infac 2011. (19;52-9).
7. Datos de los urocultivos procesados en el Servicio de Microbiología del Complejo Asistencial Universitario de León. Informe 2012.
8. Infección del tracto urinario. Editado por Carlos Pigrau. Salvat 2013.
9. Infección urinaria en la mujer no embarazada. Guía clínica Fisterra. Revisada el 28/10/2013.
10. Diagnostico microbiológico de las infecciones del tracto urinario 14 a, 2010. Procedimientos en Microbiología Clínica. SEIMC.