

BACTERIURIA ASINTOMÁTICA (BA)

INTRODUCCIÓN

Muy frecuente en las personas mayores (40% de los que viven en instituciones) y también en el paciente sondado, aunque ello no condiciona una mayor mortalidad. En estos casos no está indicado el cribado ni tratamiento, pero sí la vigilancia de aparición de infección urinaria sintomática para su correcto tratamiento.

DEFINICIÓN

“presencia de un recuento significativo de bacterias en una muestra de orina recogida correctamente, en una **persona asintomática**”.

- **>100.000 UFC/mL** de un único uropatógeno en 2 muestras de orina consecutivas para mujeres y en una única muestra para hombres y embarazadas.
- **>100 UFC/mL** si muestra obtenida por sondaje vesical o cualquier número de UFC/mL si la orina se obtiene por punción suprapúbica.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

No se recomienda el cribado en población general, sólo en gestantes (en el primer trimestre) y pacientes que van a sufrir manipulación urológica con alto riesgo de sangrado.

El único sistema de cribado eficaz es el **urocultivo**, las tiras reactivas no son suficientemente sensibles, ni específicas.

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN*	TRATAMIENTO ALTERNATIVO*
<ul style="list-style-type: none"> - Embarazada. - Manipulación urológica con alto riesgo de sangrado. 	Fosfomicina trometamol 3g vo, Dosis Única.	Cefuroxima-axetilo 250 mg/12h vo, 5 días.
<ul style="list-style-type: none"> - Mujer premenopáusica no embarazada. - Paciente diabético. - Edad avanzada en paciente de la comunidad o institucionalizados. - Lesión medular. - Paciente sondado. 	Ningún tratamiento. No realizar cribado.	
<p>* En los casos en los que no esté indicado el uso de fosfomicina trometamol ni cefuroxima-axetilo, seleccionar tratamiento en función del antibiograma. En caso de manipulación urológica de pacientes atendidos en el medio hospitalario seguir protocolo propio del Servicio de Urología del Hospital.</p>		

OBSERVACIONES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Exclusivamente mujer embarazada y varón que va a sufrir manipulación urológica con alto riesgo de sangrado.

En caso de manipulación urológica con alto riesgo de sangrado, se recomienda hacer un urocultivo antes del procedimiento. Si se detecta presencia de BA, debemos administrar el antibiótico (en dosis única) la noche anterior o inmediatamente antes del procedimiento.

Algunas guías o documentos recogen que se puede valorar el tratamiento en otras situaciones clínicas (Niños <5 años sobre todo si existe reflujo vesical, los 6 primeros meses post-transplante renal, neutropenia severa), pero no hay consenso ni evidencia firme que avale estas directrices.



MICROORGANISMOS IMPLICADOS

Microorganismo más frecuente: *E.coli*.

Otros: *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus coagulasa* negativos (en paciente sondado), *Enterococcus* spp., *Streptococcus* grupo B, *Gardenella vaginalis*.

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

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.

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

SEGUIMIENTO

Bacteriuria asintomática en el embarazo:

Se asocia a parto prematuro, rotura prematura de membranas y mortalidad perinatal. Además existe mayor riesgo de progresión a pielonefritis aguda y sepsis si no se recibe tratamiento. El tratamiento de la BA reduce la incidencia y el riesgo de estas complicaciones, por lo que se recomienda el cribado universal de la BA en el primer trimestre de gestación:

- Si el primer urocultivo es negativo, no son necesarios nuevos controles salvo en mujeres con alto riesgo de infección.
- Si es positivo, se instaurará tratamiento antibiótico. Hay que repetir el urocultivo una semana post-tratamiento (urocultivo de seguimiento) y mensualmente hasta el parto.
- Si el urocultivo de seguimiento es positivo con el mismo microorganismo (persistencia): hay que realizar otro ciclo de tratamiento antibiótico bien con el mismo antibiótico, pero en pauta larga (7 días), bien con otro antibiótico en pauta estándar.
- Si el cultivo de seguimiento es positivo a un microorganismo diferente o si inicialmente es negativo pero los posteriores vuelven a ser positivos (reinfeción): hay que realizar nuevo tratamiento antibiótico en pauta estándar.
- Si en algún momento del embarazo se detecta un resultado positivo por *Streptococcus agalactiae*, es obligatoria la profilaxis antibiótica durante el parto.

El fracaso en la erradicación de la BA tras 2 ciclos habituales de tratamiento obligarán a plantear una terapia supresiva hasta el parto y excluir la existencia de una anomalía urológica (litiasis, absceso renal...). Para todo ello se derivará a la paciente a su consulta de Ginecología.

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

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

La cefuroxima-axetilo se debe tomar junto con alimentos o leche, a fin de aumentar su absorción.



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. Nicolle LE, Bradley S, Colgan R, Rice JC, Shaeffer A, Hooton TM. Infectious Diseases Society of America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. Clin Infect Dis 2005; 40:643-654 (Erratum: Clin Infect Dis 2005; 40:1556).
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. Diagnóstico microbiológico de las infecciones del tracto urinario 14a, 2010. Procedimientos en Microbiología Clínica. SEIMC.