

BACTERIURIA ASINTOMÁTICA

Enfermedades del aparato genito-urinario

INTRODUCCIÓN

La bacteriuria asintomática se define por la presencia de un recuento cuantitativo específico de un único uropatógeno en un urocultivo, con orina recogida de forma adecuada, sin que existan síntomas clínicos de infección del tracto urinario.

Los criterios microbiológicos de diagnóstico son: $> 10^5$ UFC/mL en dos urocultivos consecutivos en mujeres y en un único urocultivo en varones y embarazadas. En pacientes sondados (muestra tomada con catéter/sondaje) >100 UFC/ml. La presencia de piuria o leucocituria no es suficiente para el diagnóstico de bacteriuria asintomática, ni criterio de tratamiento en pacientes sondados.

Es muy frecuente en las personas mayores (40% de los que viven en instituciones) y en pacientes sondados, aunque ello no condiciona el desarrollo de ITU sintomática, complicaciones o mayor mortalidad. No está indicado cribado, ni tratamiento, pero sí vigilar la aparición de ITU sintomática y tratarla en este último caso.

Etiología: *Escherichia coli* (80%). En caso de anomalías estructurales o funcionales del tracto urinario, cuerpos extraños, antibioterapia previa: *Pseudomonas aeruginosa*, estafilococo coagulasa negativo, *Enterococcus spp*, *Staphylococcus saprophyticus*.

No está indicado ni el cribado ni el tratamiento de las bacteriurias asintomáticas en mujeres no embarazadas, diabéticos, ancianos, pacientes sondados, o con daño medular. Incluso puede ser perjudicial para el paciente ya que si el cribado es positivo, puede confundir el diagnóstico y puede llevar a la administración de antibióticos innecesarios.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
BACTERIURIA ASINTOMÁTICA	No indicado tratamiento antibiótico	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
<p>Bacteriuria asintomática en la embarazada o como profilaxis a procedimiento quirúrgico urológico en el que se prevea sangrado de mucosas</p>	<p>No hay indicación de tratamiento empírico. Siempre necesario urocultivo previo al tratamiento.</p> <p>Tratamiento según resultado de antibiograma. Utilizar el antibiótico de espectro más reducido:</p> <p>Fosfomicina trometamol 3 g/24h vo, DU. No es necesario repetir dosis a las 48-72 h. Se recomienda realizar urocultivo después del tratamiento para confirmar curación.</p>	<p>Según resultado de antibiograma:</p> <p>Cefuroxima 250 mg/12h vo, 5 días</p> <p>o</p> <p>Nitrofurantoína 100 mg/12h vo, 5 días. Contraindicación en el 3^{er} trimestre.</p>

Medidas No farmacológicas

Realizar una ingesta mínima de 1,5L de líquidos diarios. Procurar no estar más de 4h seguidas sin orinar, aunque no se sientan ganas de hacerlo (excepto durante las horas de sueño). Orinar después de tener relaciones sexuales. Secarse siempre de delante hacia atrás.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Únicamente se debe realizar cribado y tratamiento en mujeres embarazadas o antes de una intervención urológica en la que se prevea sangrado de mucosas. No se ha demostrado ningún beneficio en mujeres no embarazadas, diabéticos, ancianos, pacientes sondados, o con daño medular y se pueden presentar más reacciones adversas a los antibióticos y mayor presencia de bacterias multirresistentes.

El único sistema de cribado eficaz es el urocultivo, las tiras reactivas no son suficientemente sensibles. En embarazadas se debe realizar a lo largo del primer trimestre de embarazo coincidiendo con el momento en el que se realiza la primera analítica.

Los pacientes inmunocomprometidos deben ser valorados individualmente. Se indicará tratamiento en pacientes que se vayan a someter a cirugía urológica.

SEGUIMIENTO

En mujeres embarazadas se recomienda solicitar urocultivo una semana después de finalizado el tratamiento y repetir urocultivos de control mensualmente si ha sido positivo hasta el fin de embarazo. Si ha sido negativo, se seguirán los controles habituales.

Si se aísla *Streptococcus agalactiae* en el 3^{er} trimestre, se realizará tratamiento antibiótico en el momento del parto en el hospital.

En un 30% de los casos reaparece la bacteriuria, por lo que se aconseja realizar una valoración clínica periódicamente a criterio médico.

SEGURIDAD

Nitrofurantoína contraindicado en el tercer trimestre de embarazo. No debe usarse en tratamientos profilácticos prolongados o intermitentes de meses de duración por la posible aparición de reacciones adversas graves, especialmente pulmonares o hepáticas (Ver [Nota Informativa de la AEMPS MUH \(FV\) 16/2016](#)).

PRECAUCIONES

Fosfomicina trometamol debe administrarse con el estómago vacío, o 1 hora antes de ingerir los alimentos o 2 horas después de haberlos ingerido, y preferiblemente al acostarse después de haber vaciado la vejiga. Para mejorar su eficacia es aconsejable tomarla con mucho agua. La administración simultánea de fosfomicina trometamol con metoclopramida reduce la absorción de la fosfomicina.

Cefuroxima debe tomarse después de las comidas para su absorción óptima.

Nitrofurantoína se deben tomar junto con alimentos con el fin de reducir la incidencia de irritación gástrica.

Informar al paciente sobre la forma adecuada de recoger la muestra para el urocultivo: lavado de manos y genitales externos, secar de delante hacia atrás con una gasa o paño limpio, separación de labios vulvares y recogida de chorro medio de la micción.

Pacientes sondados. Valorar diariamente la retirada de la sonda (el tiempo es el principal determinante de aparición de ITU). Se recambiará la sonda si está obstruida. Mantener una ingesta abundante de agua y realizar micciones frecuentes.

DERIVACIÓN

Criterios: Bacteriuria asintomática persistente en pacientes en los que está indicado tratamiento antibiótico.

BIBLIOGRAFÍA

[Ver Bibliografía](#)

1. Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área del Aljarafe [en línea][consulta: abril de 2018] Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/guiaterapeuticaaljarafe/guiaTerapeuticaAljarafe/>
2. Fekete T, Hooton TM. Approach to the adult with asymptomatic bacteriuria. [Walthman \(MA\): UpToDate; \[consulta abril 2018\]](#). Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-asymptomatic-bacteriuria/>
3. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Manual de Enfermedades Infecciosas en Atención Primaria. 4ª ed. Barcelona: semFYC Ediciones; 2017
4. European Association of Urology (EAU). Guidelines on urological infections. Arnhem: EAU; 2018. [consulta: abril de 2018] Disponible en: <http://uroweb.org/guideline/urological-infections/#3>
5. Society guideline links: Asymptomatic bacteriuria in adults. [Walthman \(MA\): UpToDate; \[consulta abril 2018\]](#). Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/society-guideline-links-asymptomatic-bacteriuria-in-adults>
6. Infac. Infección urinaria en el adulto: Actualización. Vol 19. Nº 9. 2011. <http://www.osakidetza.euskadi.eus/cevime/>
7. Hospital Puerta del Mar. Protocolo de Infecciones Urinarias [consulta: abril de 2018]. Disponible en <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hpm/servicioandaluzdesalud/hpm2/puertadelmar/GuiaAntimicrobiano/infecciones-urinarias.html>
8. Cistitis no complicada en la mujer. Guía multidisciplinar. Asociación Española de Urología. Actualización 2017. Disponible en: http://www.aeu.es/UserFiles/files/GUIA_ITU_2017_CAST_42_v04.pdf
9. Sociedad Española de Ginecología y obstetricia. Infección urinaria y gestación (actualizado febrero 2013). Prog Obstet Ginecol. 2013;56(9):489-95.