
Infección del tracto urinario no complicada

AUTORES: DIEGO COSTA, SILVANA GÓMEZ.

6° Cátedra de Medicina Interna. Hospital de Clínicas "José de San Martín", U.B.A.

ASESOR MÉDICO: DR. RICARDO BARCIA.

INFECCION DEL TRACTO URINARIO (ITU) BAJA (CISTITIS) NO COMPLICADA.

DEFINICIÓN

Infección del tracto urinario (ITU) baja (cistitis) no complicada

- Disuria y poliaquiuria.
- Sin dolor lumbar ni fiebre.
- Duración <3 días.

El cumplimiento de todos los criterios es suficiente para iniciar tratamiento sin más estudios. Ante la duda diagnóstica: Sedimento urinario y examen ginecológico si existen síntomas vaginales (flujo, ardor, prurito).

SEDIMENTO URINARIO

La recolección de la orina la realizan los mismos pacientes, mediante la técnica del "chorro medio". Esta consiste en colocar un tampón vaginal, realizar higiene de la zona perineal con jabón común (sin utilizar antisépticos ni alcohol), eliminar el primer chorro de orina y recoger la siguiente porción de la micción en un frasco colector estéril.

El recuento de leucocitos en cámara es el método de elección; sin embargo en la práctica diaria se utiliza el examen microscópico del sedimento urinario. El límite superior normal es <10 leucocitos por campo. La presencia de bacteriuria (razón de verosimilitud o likelihood ratio (LR): 21,9) o de reacción positiva de nitritos (LR: 13,3) permiten orientar fuertemente a favor de infección urinaria.

TRATAMIENTO

• **Primera línea:**

Trimetoprima-sulfametoxazol (TMS) 160/800 mg cada 12 H x 3 días (D)*.

• **Segunda línea:**

Ciprofloxacina 500 mg cada 12 H x 3 D.

* Si en el ámbito de trabajo (institución, localidad) existe una tasa de resistencia conocida a TMS >20% se debe pasar a una segunda línea.

• **Analgesia:**

Fenazopiridina 600 mg c/8 H por 1-2 días (D).

CUANDO EXISTEN CONDICIONES QUE PREDISPONEN A LA INFECCIÓN O A LA FALLA DEL TRATAMIENTO SE CONSIDERA QUE LA ITU ES COMPLICADA:

- Embarazadas
- Institucionalizadas
- Alteraciones anatómicas o funcionales de las vías urinarias
- Postmenopáusicas
- Pacientes con litiasis
- Varones
- Gerontes
- Diabéticos

En cualquiera de estos casos consultar ITU Complicada.

ITU BAJA NO COMPLICADA RECURRENTE

DEFINICIÓN

≥2 episodios en 6 meses o ≥3 en 1 año.

Pueden recibir profilaxis antibiótica postcoito, profilaxis continua (*TMS 80/400 D o 3 veces x semana, nitrofurantoina 100 mg/D, norfloxacin 400/D*), o realizar autotratamiento de cada episodio.

ITU ALTA (PIELONEFRITIS) NO COMPLICADA

Fiebre con escalofríos o sin ellos, dolor lumbar, dolor en el ángulo costovertebral, dolor abdominal, náuseas o vómitos, leucocitosis, duración prolongada de los síntomas (>3 D), falla del tratamiento en una presunta ITU baja.

Obtener urocultivo (*se utiliza la técnica del "chorro medio"*): se define como ITU alta un recuento ≥10⁴ unidades formadoras de colonias (UFC)/mL.

TRATAMIENTO

Ciprofloxacina 500 mg c/12 H x 7-14 D de manera ambulatoria.

En los casos de inestabilidad hemodinámica, dudas diagnósticas o intolerancia a la vía oral, se recomienda la internación e iniciar tratamiento intravenoso (IV).

(*Ciprofloxacina 400 mg c/12 H o ceftriaxona 1 g/D*).

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

No son necesarios ante un primer episodio con adecuada respuesta al tratamiento. Considerarlos cuando la fiebre o el dolor lumbar persistan >72 H o ante la recurrencia de los síntomas: debe descartarse una colección renal o perirrenal, anomalías urológicas u obstrucción.

Realizar ecografía renovesical con medición de residuo postmiccional.

Según corresponda, completar con urograma de excreción, tomografía computada o resonancia magnética.

Bibliografía:

- Diagnosis, Prevention, and Treatment of Catheter-Associated Urinary Tract Infection in Adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases* 2010; 50:625-63
- IDSA International Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Acute Uncomplicated Cystitis and Pyelonephritis in Women. *Clinical Infectious Diseases* 2011;52:e103-e120
- Consenso Argentino Intersociedades para el Manejo de la Infección del Tracto Urinario. *Rev Panam Infectol* 2007;9:54-56.
- Meister L, Morley EJ, Scheer D, Sinert R. History and physical examination plus laboratory testing for the diagnosis of adult female urinary tract infection. *Acad Emerg Med*. 2013;20:631-45.