

MANEJO DE LA INFECCIÓN URINARIA RECURRENTE NO COMPLICADA EN APS

Manejo de la infección urinaria recurrente no complicada en APS

Autor: Dra. Patricia Lagos D., Residente Medicina Familiar UC

Editor: Dra. Loreto González V., Docente Departamento Medicina Familiar UC

11 de agosto de 2020

Resumen de portada

La infección urinaria recurrente no complicada, es una consulta frecuente en Medicina Familiar, con un alto impacto, no sólo por sus altos costos y prevalencia, sino que también por el amplio uso de antibióticos que genera. En este artículo revisaremos la evidencia disponible con respecto a su manejo en atención primaria (APS), donde la relación con el paciente será clave para la toma de decisiones compartidas.

Palabras Clave: ITU recurrente, APS, medicina familiar, manejo ITU atención primaria.

INTRODUCCIÓN

La infección urinaria recurrente (ITU-R) no complicada, es aquella que se presenta en mujeres no embarazadas, sin comorbilidades ni alteraciones anatómicas o funcionales del tracto urinario, con una recurrencia de infección urinaria (ITU) de al menos tres episodios al año o dos episodios en los últimos 6 meses.¹ (Tabla1)

La ITU, es la infección más frecuente en mujeres, con una incidencia de 12,6% en mujeres mayores de 18 años en EE.UU². Se estima que un 50 a 60% de las mujeres presentará un episodio de ITU a lo largo de su vida, y de estas 20 a 30% desarrollará ITU recurrente⁵.

Un 15% del uso total de antibióticos a nivel mundial se destina al manejo de la ITU, debemos recordar que el uso frecuente de este tipo de fármacos puede llevar a un daño colateral, asociado principalmente al uso de fluoroquinolonas y cefalosporinas^{1,6,7,8}.

Tabla 1: Factores de riesgo asociados a ITU-R^{1,9,10,11}

Mujer premenopáusica	Mujer postmenopáusica
Relaciones sexuales (4-8 veces en el último mes OR 5,8)	Incontinencia urinaria (OR 5,79)
Primer episodio ITU ≤ 15 años (OR 3,9)	ITU previo a la menopausia (OR 4,85)
Historia materna de ITU (OR 2,3)	Cistocele
Uso espermicida (último año OR 1,8)	Aumento volumen urinario post micción
Nueva pareja sexual (OR 1,3)	Vaginitis atrófica por deficiencia de estrógenos
	Cateterismo urinario y deterioro funcional de la mujer mayor institucionalizada

ESTUDIO

Para el diagnóstico ITU-R los episodios agudos deberían ser comprobados con un **urocultivo** previo al inicio del tratamiento antibiótico⁶, sólo en casos excepcionales se podría hacer el diagnóstico basándonos puramente en la clínica. El estudio con imágenes del tracto urinario superior, no deberían realizarse de rutina, ya que la mayoría de las mujeres no presentan anomalía anatómica ni funcional. Estos estudios se reservan para cuando hay sospecha de recaída (síntomas reaparecen dentro de las 2 semanas de inicio del tratamiento), antecedente de ITU en la infancia, litiasis urinaria, historia de hematuria no explicada, segundo episodio de ITU febril y cirugía genitourinaria previa.^{6,10}

PROFILAXIS ITU-R

I. Medidas generales

No se ha encontrado asociación entre la ITU-R con condiciones de estilo de vida como el cambio de prácticas de higiene, micción pre y postcoital, evitar uso de tampón, jacuzzis, duchas vaginales y ropa interior ajustada.^{1,10} Por su parte, un estudio del 2018 demostró que el consumo sobre 1,5lt/d de agua disminuyó la recurrencia (media 1,7 v/s 3,2 control) y aumentó el intervalo entre ITU (143 días v/s 84,4)⁸.

A pesar que la calidad de la evidencia no es óptima, estas medidas no son perjudiciales y por tanto son recomendadas en el manejo de ITU-R.^{1,10}

II. Profilaxis no antibiótica

Dado la preocupación por el aumento de la resistencia antibiótica, durante el último tiempo ha habido un interés creciente por el uso de tratamientos no antibióticos.⁶

1. Cranberry

La evidencia respecto a su efectividad es contradictoria, una revisión sistemática de la Cochrane del 2012 no mostró diferencia en su uso con respecto al placebo en la prevención de ITU (RR 0.74 [95% CI 0.42 - 1.31]).¹² Desde entonces, se han publicado nuevas revisiones sistemáticas de menor calidad, que concluyen que su uso si disminuiría el riesgo de ITU-R.^{6,13} Las guías clínicas internacionales tampoco coinciden en su indicación.^{1,6} Con respecto a la presentación, los estudios se han realizado con una variedad de formulaciones, por lo que no existe una recomendación sobre cuál elegir.^{1,6,13}

2. Estrógenos vaginales

Una revisión sistemática del 2008 evaluó el uso de estrógenos en la prevención de ITU en mujeres postmenopáusicas. Ésta incluyó dos estudios, uno con uso de crema y otro con anillo, viéndose en ambos una disminución del riesgo, que fue mayor en el caso de la crema intravaginal (RR 0.25 [95% CI 0.13 – 0.50]).¹⁴ La Asociación de Urología Europea, Americana y Canadiense recomienda su uso en mujeres peri y postmenopáusicas. Los estrógenos en crema comúnmente usados son 17-β estradiol (2 g diarios por 2 semanas y luego 1 g por 2 a 3 veces a la semana) y estrógeno equino conjugado (0,5 g diarios por 2 semanas y luego 0,5g por 2 veces a la semana).^{1,6,13}

3. Otras medidas

Sobre el uso de terapia inmunoactiva, D-manosa, Metanamina, Hierbas/suplementos e instilación intravesical aún no se puede realizar una recomendación por falta de evidencia.^{1,3,4,5,6,13} Por su parte el uso de probióticos tampoco ha demostrado utilidad, una revisión sistemática del año 2015 no mostró diferencia entre el uso de éstos y placebo en la prevención de ITU en niños y adultos con ITU-R (RR 0.74 [95% CI 0.54 – 1.01]).

III. Profilaxis antibiótica

El indicador más importante para el inicio de la profilaxis antibiótica es el grado de discomfort de la paciente, por lo que su inicio debe ser una decisión compartida, en la que se discutan los riesgos, beneficios y alternativas.^{6,10}

Existen tres formas profilaxis: régimen continuo (dosis diaria), intermitente (pre o postcoital) y auto tratamiento (no es realmente una medida de prevención), toda ellas han demostrado ser efectivas en la prevención de ITU-R.^{1,6,10,13,16} Una revisión del año 2004, que incluyó estudios con una duración de 6 a 12 meses, mostró una reducción de la recurrencia clínica de ITU durante la profilaxis (RR 0,15

95%CI [0,08-0,28]), la cual no se mantiene luego de la suspensión del tratamiento (RR 0,82 CI 95% [0,44-1,53])¹⁶. Para elegir el régimen a utilizar, se considera la frecuencia y patrón de las recurrencias, prefiriendo el régimen intermitente en aquellas pacientes con un gatillante claro ^{6,10} y el autotratamiento en aquellas pacientes con ITU-R documentada, buena relación médico-paciente y buena adherencia^{1,6}, haciendo siempre hincapié respecto a la consulta precoz en caso de persistir con síntomas luego de 48 horas^{1,6} y ante signos de alarma.

En la tabla 2 se encuentran los antibióticos y dosis recomendadas para cada régimen antibiótico. La duración de la profilaxis antibiótica continua en la práctica clínica varía entre 3,6 o 12 meses, mientras que en la profilaxis intermitente se describe uso hasta por años. Respecto al seguimiento, se sugiere controlar en 3-6 meses o SOS ^{6,13}

Tabla 2: Antibióticos en profilaxis de ITU-R no complicada ⁶

Régimen Continuo	Régimen intermitente (pre o post coital)	Auto tratamiento
Nitrofurantoína 50-100mg/día	Nitrofurantoína 50-100mg	Fosfomicina 3g por 1 vez
Fosfomicina 3g cada 10 días	Trimetoprima-Sulfametoxazol 40mg/200mg	Nitrofurantoína macrocristal 50-100 mg 4 veces al día x 5 días
Trimetoprima 100mg 1 vez al día	Trimetoprima-Sulfametoxazol 80/400mg	Trimetoprima-Sulfametoxazol 160/800 mg 2 veces al día por 3 días
Trimetoprima-Sulfametoxazol 40mg/200mg una vez al día		Cefadroxilo 500 mg 2 veces al día por 3 días
Trimetoprima-Sulfametoxazol 40mg/200mg 3 veces a la semana		

CONCLUSIÓN

La ITU-R es una patología prevalente, las pacientes que la presentan necesitan realizarse urocultivo previo al inicio de antibióticos, a diferencia de aquellas sin episodios a repetición. No se requiere la indicación de cistoscopia ni imágenes del tracto urinario superior de rutina para su evaluación. Es fundamental involucrar a la paciente en la toma de decisiones en el tratamiento preventivo de la ITU-R no complicada, ya que sus preferencias determinarían en gran medida la elección de la profilaxis. Dado el aumento de la resistencia bacteriana y el daño colateral ocasionado por los antibióticos, se sugiere iniciar su manejo con medidas generales a pesar de que no existirá evidencia clara y ofrecer medidas no antibióticas que incluye el uso de cranberry y estrógenos vaginales, estos últimos en el caso de mujeres peri o postmenopáusicas.

Para la elección del régimen en profilaxis antibiótica, es importante evaluar la frecuencia y patrón de las recurrencias. Este puede ser continuo, intermitente o autotratamiento, todos ellos con efectividad demostrada. Con respecto a la elección de antibiótico, no existe una diferencia en la efectividad de los distintos antibióticos, pero se debe considerar la resistencia local y evitar uso de fluoroquinolonas y cefalosporinas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Infections G. Bonkat (Chair), R.R. Bartoletti, F. Bruyère, T. Cai, S.E. Geerlings, B. Köves, S. Schubert, F. Wagenlehner Guidelines Associates: T. Mezei, A. Pilatz, B. Pradere, R. Veeratterapillay. EAU Guidelines on Urological Infections. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Barcelona 2019. ISBN 978-94-92671-04-2.
2. Kranz J, Schmidt S, Lebert C, Schneidewind L, Schmiemann G, Wagenlehner F. Uncomplicated Bacterial Community-Acquired Urinary Tract Infection in Adults. *Dtsch Arztebl Int.* 2017;114(50):866-873. doi:10.3238/arztebl.2017.0866

3. Negus, M, Phillips, C, Hindley, R. Recurrent urinary tract infections: a critical review of the currently available treatment options. *The Obstetrician & Gynaecologist*. 2020; 22: 115– 21. <https://doi.org/10.1111/tog.12644>
4. Flower A, Wang LQ, Lewith G, Liu JP, Li Q. Chinese herbal medicine for treating recurrent urinary tract infections in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 6. Art. No.: CD010446. DOI: 10.1002/14651858.CD010446.pub2.
5. Prattley S, Geraghty R, Moore M, Somani BK. Role of Vaccines for Recurrent Urinary Tract Infections: A Systematic Review. *Eur Urol Focus*. 2020;6(3):593-604. doi:10.1016/j.euf.2019.11.002
6. Anger, J., Lee, U., Ackerman, A., Chou, R., Chughtai, B., & Clemens, J. et al. (2019). *Recurrent Uncomplicated Urinary Tract Infections in Women: AUA/CUA/SUFU Guideline (2019) - American Urological Association*. Auanet.org. <https://www.auajournals.org/doi/full/10.1097/JU.000000000000296>.
7. Kalpana Gupta, Thomas M. Hooton, Kurt G. Naber, Björn Wullt, Richard Colgan, Loren G. Miller, Gregory J. Moran, Lindsay E. Nicolle, Raul Raz, Anthony J. Schaeffer, David E. Soper, 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, *Clinical Infectious Diseases*, Volume 52, Issue 5, 1 March 2011, Pages e103–e120, <https://doi.org/10.1093/cid/ciq257>
8. Hooton TM, Vecchio M, Iroz A, et al. Effect of Increased Daily Water Intake in Premenopausal Women With Recurrent Urinary Tract Infections: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2018;178(11):1509-1515. doi:10.1001/jamainternmed.2018.4204
9. Scholes D, Hooton TM, Roberts PL, Stapleton AE, Gupta K, Stamm WE. Risk factors for recurrent urinary tract infection in young women. *J Infect Dis*. 2000;182(4):1177-1182. doi:10.1086/315827
10. Hooton TM. Recurrent urinary tract infection in women. *Int J Antimicrob Agents*. 2001;17(4):259-268. doi:10.1016/s0924-8579(00)00350-2
11. Raul Raz, Yoshua Gennesin, Joseph Wasser, Zmira Stoler, Sophia Rosenfeld, Elimelech Rottensterich, Walter E. Stamm, Recurrent Urinary Tract Infections in Postmenopausal Women, *Clinical Infectious Diseases*, Volume 30, Issue 1, January 2000, Pages 152–156, <https://doi.org/10.1086/313596>
12. Jepson RG, Williams G, Craig JC. Cranberries for preventing urinary tract infections. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 10. Art. No.: CD001321. DOI: 10.1002/14651858.CD001321.pub5.
13. *Overview | Urinary tract infection (recurrent): antimicrobial prescribing | Guidance | NICE*. Nice.org.uk. (2018)., from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng112>
14. Perrotta C, Aznar M, Mejia R, Albert X, Ng CW. Oestrogens for preventing recurrent urinary tract infection in postmenopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. Art. No.: CD005131. DOI:10.1002/14651858.CD005131.pub2
15. Schwenger EM, Tejani AM, Loewen PS. Probiotics for preventing urinary tract infections in adults and children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 12. Art. No.: CD008772. DOI: 10.1002/14651858.CD008772.pub2
16. Albert X, Huertas I, Pereiró II, Sanfélix J, Gosálbes V, Perrotta C. Antibiotics for preventing recurrent urinary tract infection in non-pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;2004(3):CD001209. doi:10.1002/14651858.CD001209.pub2
17. Muller AE, Verhaegh EM, Harbarth S, Mouton JW, Huttner A. Nitrofurantoin's efficacy and safety as prophylaxis for urinary tract infections: a systematic review of the literature and meta-analysis of controlled trials. *Clin Microbiol Infect*. 2017;23(6):355-362. doi:10.1016/j.cmi.2016.08.003