

Tabla 3. TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA ITU EN EL ANCIANO

**CISTITIS**

- 1.º Fosfomicina-trometamol (3 g en dosis única o pauta corta 2 días) o quinolonas de segunda generación.
- 2.º Beta-lactámico (cefalosporina oral, amoxicilina/clavulánico).

**PIELONEFRITIS** (infección leve, sin criterios de ingreso).

- Monodosis de aminoglucósido, quinolona o cefalosporina de amplio espectro parenteral.  
Si a las 12-24 horas está estable: Cefalosporinas de segunda-tercera generación o quinolonas vía oral.

*Nota: Las resistencias registradas en España para amoxicilina (50%), cefalosporinas de primera generación, ácido pipemídico y cotrimoxazol (40%) los inhabilitan para su uso como tratamiento empírico. Las resistencias detectadas para quinolonas de segunda generación (norfloxacino, ciprofloxacino y ofloxacino) del 20-25% no impiden que sigan siendo útiles en el tratamiento de la ITU debido a la alta concentración del fármaco en la orina.*

utilidad reducida en el anciano, porque con un aclaramiento de creatinina menor de 60 ml/min (circunstancia muy común en él) es ineficaz y tiene un riesgo elevado de toxicidad. Hay que tener especial cuidado con los aminoglucósidos, por sus efectos adversos y porque se concentran peor en la orina, perdiendo eficacia.

## BACTERIURIA ASINTOMÁTICA (BA)

La BA es una bacteriuria significativa (al menos 100.000 UFC/ml) sin síntomas clínicos de ITU. El diagnóstico de BA en la mujer exige la demostración del mismo microorganismo en dos cultivos, porque la bacteriuria por gramnegativos es un hecho inconstante. En el varón basta con un cultivo, quizá con sólo  $10^3$ - $10^4$  UFC/ml para obtener el diagnóstico.

Es difícil asociar la bacteriuria con los síntomas que frecuentemente aparecen en el anciano; lo más habitual es que sea asintomática. La contribución de la BA a la morbilidad genitourinaria es pequeña en relación con su alta incidencia y prevalencia. Tampoco parece que la BA contribuya por sí misma a un deterioro de la función renal o a la hipertensión arterial. En cuanto a la

mortalidad, no se considera a la BA como un factor de riesgo independiente, pese a que lo insinuaban estudios previos.

No está indicado el tratamiento de la BA en el anciano, los distintos estudios realizados señalan que no se obtiene beneficio ninguno. Al contrario, si la tratamos podemos provocar efectos adversos por la antibioterapia, y facilitamos la aparición de microorganismos resistentes. Parece demostrado, además, que aparecen con extraordinaria rapidez infecciones recurrentes en pacientes tratados con antibióticos en residencias. En principio, sólo debe ser tratada en pacientes ancianos que van a ser sometidos a técnicas invasivas genitourinarias o a cirugía mayor; para evitar complicaciones sépticas, sobre todo en BA por enterococo, y en portadores de bacterias ureolíticas, por el riesgo de formar cálculos. Otros autores opinan que debería tratarse selectivamente a ancianos con DM, obstrucción, necrosis papilar, valvulopatías e inmunodepresión, por tener un mayor riesgo de pielonefritis o complicaciones generales.

## ITU RECURRENTE

Se define como tres o más episodios de bacteriuria significativa en un año. Aumenta la incidencia con la edad; de manera que entre

las mujeres mayores de 60 años, un 10-15% padecen recurrencias frecuentes, con una mortalidad mayor que la población general.

## ITUs RECIDIVANTES

La orina se hace parcialmente estéril por el tratamiento, pero reaparece la bacteriuria con el patógeno no erradicado, generalmente en las 2 semanas siguientes a la finalización del ciclo antibiótico. Ocurren en pacientes con anomalías anatómicas o funcionales genitourinarias. En el varón, la prostatitis bacteriana crónica es probablemente la causa más frecuente. Puede que las mujeres con ITU recurrentes tengan células uroepiteliales y vaginales con mayor número de receptores para *E. coli* con una base genética; la historia de ITUs en la premenopáusia es un factor de riesgo establecido. Por todo ello, el paciente con una ITU recidivante requiere una valoración urológica exhaustiva.

El tratamiento será el de la causa subyacente y se iniciará además un ciclo antibiótico de 7-10 días. Si falla este tratamiento, los enfermos deben ser retratados durante 2 semanas (6-12 semanas en varones) o a largo plazo con dosis bajas de antibióticos.

## REINFECCIÓN

Es una nueva ITU tras la erradicación exitosa de una infección previa, que ocurre más de 4 semanas después de su curación. En ancianos suele ser una ITU baja, que podría producirse por un vaciado vesical incompleto, ausencia de higiene, uso de antibióticos o enfermedades como DM.

El tratamiento debe comenzar por aumentar la ingesta de fluidos, mantener una buena higiene y conseguir un vaciado comple-

to y regular de la vejiga, sobre todo tras el coito (estas maniobras favorecen la eliminación mecánica de bacterias). El **jugo de arándanos** podría tener un papel en la prevención de las ITUs, pero es dudosa su aceptabilidad por el paciente y no hay suficiente evidencia para recomendarlo habitualmente. En pacientes con reinfección sin obstrucción, litiasis ni vejiga neurógena, el tratamiento más utilizado es la administración de **dosis bajas de antibióticos** por la noche durante 6 a 12 meses, de forma continua o intermitente (1-2 días por semana). En España se emplean 50 mg de nitrofurantoína, 250 mg de cefalexina, 250 mg de cefaclor, 200 mg de ácido pipemídico, 500 mg de amoxicilina-clavulánico, 400 mg de norfloxacino, 100 mg de ciprofloxacino, 200 mg de ofloxacino o 3 g de fosfomicina trometamol cada 7-10 días, hasta que desaparezca la bacteriuria. El problema es que suele recuperarse el patrón basal de recurrencias cuando se termina el tratamiento, aunque puede volver a intentarse la profilaxis. En mujeres ancianas con déficit estrogénico han demostrado su utilidad como prevención de ITU los **estrógenos** en tratamiento tópico o en anillos vaginales. Muchas mujeres ancianas tienen cistitis sólo después del coito, por lo que se beneficiarán de una **dosis única profiláctica postcoital** (200 mg de ofloxacino, 250 mg de ciprofloxacino, 80/400 mg de cotrimoxazol, o 3 gr de fosfomicina trometamol).

## ITU EN LA CATETERIZACIÓN URETRAL

El catéter vesical provoca bacteriuria a un ritmo aproximado de 5% al día mientras está introducido. La incidencia es superior