

Tabla 4

DOSIS ÚNICA	TRES DÍAS	CINCO DÍAS
Fosfomicina-trometamol 3g	Norfloxacino 400 mg/12 h	Amoxi-clavulánico 500-125 mg/8 h
Norfloxacino 1.200 mg	Ciprofloxacino 250 mg/12 h	
Ciprofloxacino 1g	Ac. Pipemídico 400 mg/8 h	
Ofloxacino 400 mg	Nitrofurantoína 100 mg/6 h	

## ITU EN LA PACIENTE DIABÉTICA

Un caso que merece especial atención es el de la infección de orina en la mujer diabética, ya que por sus especiales características debe considerarse como ITU complicada.

Los microorganismos causantes son los mismos que en la población general, excepto el Estreptococo del grupo B que se ha aislado de forma frecuente en pacientes diabéticas con pielonefritis, siendo infrecuente en el resto de población. Los hongos también son más prevalentes en esta población.

No se han encontrado diferencias entre los microorganismos de la flora perineal de la mujer diabética y no diabética, así como tampoco existe diferencia entre la sensibilidad a los antibióticos.

Existen una serie de factores predisponentes para presentar una mayor incidencia de ITUs, como la disfunción neurógena vesical, alteración de la función leucocitaria, tiempo de evolución de la diabetes superior a 20 años...; la glucosuria podría provocar una disminución de la actividad fagocítica de los leucocitos, disponiendo de forma clara la infección por *Candida albicans*.

El factor más importante parece ser la disfunción neurógena a nivel vesical que provoca un aumento del residuo postmiccional que se coloniza más fácilmente por los uropatógenos.

Dentro de la patología urinaria en la paciente diabética, debemos diferenciar varias entidades.

### BACTERIURIA ASINTOMÁTICA

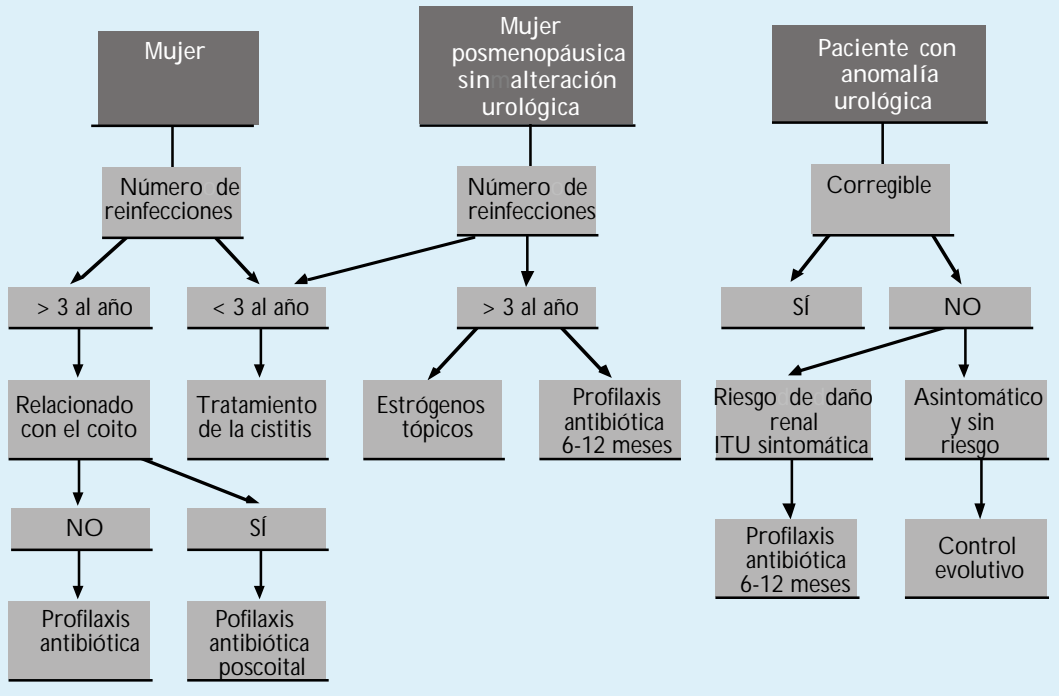
En numerosos estudios se ha visto que la prevalencia de bacteriuria en la mujer diabética es 2-3 veces superior que en la población general (8-20% frente a 5%).

En la mayoría no se diferencia entre bacteriuria sintomática y asintomática, lo que sí parece quedar claro es que una vez instaurada, el riesgo de afectación del parénquima renal aumenta. No existe acuerdo sobre si debe realizarse tratamiento o no en las pacientes diabéticas con bacteriuria asintomática, aunque la mayoría de expertos lo recomiendan por el riesgo y la gravedad de las infecciones urinarias altas en la paciente diabética. El criterio diagnóstico es aislar un germen en número igual o superior a  $10^5$  UFC/ml en 2 cultivos consecutivos separados una semana. El tratamiento se realizará según el antibiograma.

### CISTITIS

Siempre debe solicitarse urocultivo por considerarse una ITU complicada, aunque se inicie tratamiento empírico, nos servirá para corregir la prescripción inicial en el caso de resistencias. Asimismo recomiendan realizar urocultivo postratamiento.

## ALGORITMO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO DE LAS ITUs RECURRENTES POR REINFECCIÓN



En la población diabética con síntomas de cistitis se ha visto que la infección puede estar localizada en el tejido renal, por lo que un **tratamiento con pauta corta no será suficiente**. Se aconsejan pautas de 7-14 días de:

- Norfloxacin 400 mg/12 horas.
- Ofloxacin 200 mg/12 horas.
- Ciprofloxacino 250 mg/12 horas.
- Amoxicilina-clavulánico 500-125 mg/ 8 horas.

## RECURRENCIAS

El manejo de las recurrencias en la mujer diabética no presenta grandes diferencias con la mujer no diabética. Únicamente debemos recordar que no se deben usar pautas cortas de tratamiento. Y que con el tratamiento con estrógenos tópicos en la mujer postmenopáusica diabética no se tiene experiencia.

## BIBLIOGRAFÍA

Andreu A. Infecciones urinarias: aspectos puntuales. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1995; 13: 527-31.

Andreu A. Indicaciones del urinocultivo. *Consejos prácticos. Medicine (Barc)* 1998; 78: 3.637-9.

Casabona J, Vall M, Cots JM, Vaginitis. *SIDA y enfermedades de transmisión sexual. Atención Primaria*, 4.ª ed. 1999: 1.019-21.

Cooper B, Jepson R. Cistitis recurrentes en mujeres no embarazadas. *Salud de la mujer. Evidencia Clínica* 2002. p. 1.754-62.

Hooton TM, Stamm WE. *Diagnosis and treatment of uncomplicated urinary tract infection. Infect Dis Clin North Am* 1997; 11: 551-81.

Mensa J, Pigrau C, Horcajada JC, Cartón JA, Pujol M, *Infección de la vía urinaria inferior.*

*Infección urinaria. Protocolos Clínicos SEIMC. IV. <http://www.seimc.org>*

*Pallarés J. Avances en infecciones urinarias. Postgraduate Medicine 2002; vol. 8 n.º 3: 101- 13*

*Pallarés J, López A, Cano A, Mendive JM, Cervera M, Fàbrega J, García E. Terapèutica de les*

*infeccions urinàries. En: Recomanacions sobre l'ús d'antimicrobians en l'atenció primària. 3.ª ed. Barcelona: Edide; 1999. p. 41-62.*

*Pérez Martínez A et al. Infecciones del tracto urinario. En: Manual de enfermedades infecciosas en Atención Primaria. 1 ed. Barcelona: Litofinter; 1999. p. 63-88.*