

Tabla 3. FACTORES PREDISPONENTES DE ITU SEGÚN LA EDAD

15-50 AÑOS		50-70 AÑOS
Coito Diafragma/espermicida Espermicida Antimicrobianos ITUs previas	ALTERACIÓN DE LA FLORA VAGINAL	Pérdida de estrógenos Incontinencia urinaria Cistocele Residuo postmiccional ITUs previas

microorganismos al epitelio vaginal y periuretral y produce H_2O_2 , ácido láctico y bacteriocinas que inhiben el crecimiento de otros microorganismos. Por ello, en estas mujeres, una alternativa es el **tratamiento con estrógenos tópicos**. Si las recurrencias son sintomáticas y presentan una alteración urológica que no puede corregirse, se recomienda profilaxis antibiótica durante 6-12 meses (véase Algoritmo).

TRATAMIENTO

En las cistitis no complicadas se recomienda realizar tratamiento antibiótico empírico según los estudios de sensibilidad de los gérmenes del área geográfica (véase Generalidades).

Existen elevadas tasas de resistencias frente a ampicilina (mayor de 70%), cotrimoxazol (alrededor de 45%) y ácido pipemídico (aproximadamente 30%), según estudio realizado por el servicio de microbiología de H. Vall d'Hebrón en el año 1999, por lo que no se aconsejan como tratamiento empírico.

Existen diferentes opciones terapéuticas:

- Amoxicilina-clavulánico, con un porcentaje de resistencias que oscila entre 0,8% y 20% en función de la edad de la paciente, del tipo de ITU y de la zona geográfica.

- Fosfomicina-trometamol, con un porcentaje de resistencias muy bajo en nuestro medio (< 5%) y aunque en estudios comparativos obtiene tasas de erradicación algo inferiores a las de fluoroquinolonas (con gérmenes sensibles), constituye una de las pautas de elección por su cómoda posología y su coste económico.

- Fluoroquinolonas, las tasas de resistencias en nuestro medio oscilan entre el 12 y el 29% según la edad, pero el porcentaje de no curación es pequeño, probablemente por la elevada concentración de fármaco que se acumula en la orina, por lo que podría ser útil como tratamiento empírico.

- Cefalosporinas de primera generación (Cefalexina y Cefadroxilo), no se aconsejan si las tasas de resistencias de *E. coli* son superiores al 20%.

- Cefalosporinas de segunda y tercera generación, son otra alternativa, aunque su coste es mayor.

La duración del tratamiento puede variar siempre que no exista ningún factor de riesgo (tabla 4).

Hay que considerar que la infección por *S. saprophyticus* frecuente en mujeres jóvenes sexualmente activas, responde a tratamientos largos de 7 días.

Tabla 4

DOSIS ÚNICA	TRES DÍAS	CINCO DÍAS
Fosfomicina-trometamol 3g	Norfloxacin 400 mg/12 h	Amoxi-clavulánico 500-125 mg/8 h
Norfloxacin 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.