



JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Consumo

PROTOCOLOS DE COORDINACIÓN EN PATOLOGÍA UROLÓGICA

ABRIL 2003

INFECCIÓN TRACTO URINARIO BAJO

Definiciones:

- **ITU:** colonización tisular por microorganismos generalmente bacterias, de cualquier punto de la vía urinaria baja. Clínicamente existe un síndrome miccional con urocultivos positivos.
- **Síndrome miccional:** cuadro clínico con disuria, urgencia miccional y polaquiuria.
Por infecciones de orina, pero también tras manipulaciones, sondaje, instrumentación, en patología prostática, litiásica, ...
- **Bacteriuria:** presencia de bacterias en la orina procedentes del tracto urinario que no representan una contaminación de la orina estéril a partir de bacterias procedentes de vagina o prepucio. Puede presentarse con o sin piuria y ser sintomática o asintomática.
- **Bacteriuria significativa:** recuento de gérmenes igual o mayor a 100.000 ufc/ml. Esta frontera no es excluyente de ITU ya que, en determinadas circunstancias, cifras menores pueden ser catalogadas de ITU.
Puede ser sintomática o asintomática.
- **Infección recidivante:** recurrencia de la infección por el mismo germen que existía antes del inicio del tratamiento.
- **Reinfección:** infección recurrente pero por colonias bacterianas distintas.
- **Hematuria:** emisión simultánea en la micción de sangre y orina, sangre procedente del aparato urinario. Es un signo que nunca debe descuidarse aunque el paciente se encuentre asintomático. Cifras normales de hematíes en orina : 1-3 hem/campo en el varón, 1-5 hem/campo en la mujer.
Causas de hematuria: infecciones, tumorales, nefropatías, litiasis, traumatismos, fármacos, discrasias sanguíneas, alteraciones metabólicas...
- **Orinas con sangre que no procede de aparato urinario:**
 - Uretrorragia: sangre independiente de la micción, indica lesión por debajo del esfínter uretral externo.
 - Hemospermia: sangre en semen que puede colorear la orina.
 - Sangre de útero o vagina en la mujer.

Etiología:

- Gram (-): *E. Coli, P. Mirabilis, K. Pneumoniae, Enterobacter spp, P. Aeruginosa*
- Gram (+): *Enterococcus faecalis, Staphylococcus aureus.*
- Otros: *M. tuberculosis, M. Atípicas, Brucella, Hongos, Micoplasmas, Chlamydias, Tricomonas, Virus, parásitos.*

Epidemiología:

Junto con las del tracto respiratorio superior son las infecciones más frecuentes en la práctica clínica diaria.

Durante el primer año de vida son más frecuentes en el varón, probablemente en relación con anomalías congénitas de la uretra.

En el niño y el adulto joven son raras.

A partir de los 50 años, la incidencia en el varón supera el 5% de la población, probablemente en relación con patología prostática, sondajes, y exploraciones uretrales.

En la mujer la prevalencia aumenta progresivamente con la edad.

De un 1% en la edad escolar, se pasa a un 5% hacia los 20 años, coincidiendo con el inicio de las relaciones sexuales y el embarazo.

A partir de esa edad se incrementa a razón de 1-2% por cada década de vida, de modo que a los 70 años el 10% de las mujeres han tenido al menos una ITU.

En ancianos de ambos sexos la prevalencia de Bacteriuria puede llegar a un 25%.

Patogenia:

Generalmente el TU en personas normales es resistente a la infección.

El resultado de la invasión bacteriana va a depender de la cantidad y virulencia de gérmenes y de los mecanismos defensivos del huésped.

La infección suele producirse por vía ascendente de gérmenes procedentes de la flora intestinal, que colonizan uretra siguiendo vejiga y continuando o no por tracto urinario superior.

En el varón la mayor longitud de la uretra y las secreciones antibacterias prostáticas son barreras eficaces contra la ITU.

La vía hematógena supone un pequeño porcentaje del total.

Factores Predisponentes:

Hombre:

Alteraciones funcionales y/o estructurales de las vías urinarias; Instrumentación.

Mujer:

Anticonceptivos orales; Actividad sexual; Embarazo; Factores locales; Alteraciones funcionales y/o estructurales.

Ambos:

Diabetes; Alcohol; Malnutrición; Enfermedades Debilitantes; Hospitalización Prolongada; Alteraciones Anatómicas y Funcionales.

DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LAS ITU

1). Diagnóstico Clínico:

Síndrome miccional.

2). Combur de Orina y/o Cultivo:

Lo ideal sería la realización de un urocultivo antes de poner tratamiento empírico.

Sería obligado en :

- ITU en varones antes de tratar y postratamiento.
- En pacientes con clínica positiva y tira reactiva negativa.
- En diabéticos, mayores de 65, ITU > 7 días, portadoras de diafragma.
- Persistencia de síntomas tras tratamiento empírico.

Se debe tener en cuenta que la tira reactiva es una prueba orientadora y no diagnóstica.

No olvidar preguntar sobre menstruación a la hora de realizar el análisis de orina.

Sería de utilidad visualizar la orina, o preguntar al paciente sobre las características de la misma (color, concentración...)

3). Tratamiento:

- Si existe dolor: Analgésico y/o Anticolinérgico.

-Antibioterapia:

Pauta corta: monodosis, de 3 días, de 5 días

Pautas largas.

- Ingesta abundante de Líquidos.

4). Situaciones Especiales:

Bacteriuria en Embarazo: se debe pautar tratamiento a toda embarazada con bacteriuria sintomática o no. La pauta recomendada es amoxicilina-ácido clavulánico o cefuroxima y en caso de alergia fosfomicina, con una duración del tratamiento de 7-10 días.

Bacteriuria Asintomática: tratar en diabéticos, embarazadas, inmunodeprimidos, aparato urinario anómalo.

ITU en la Infancia: En general precisan estudio y seguimiento por Pediatría o por A. Especializada

5).Derivación a Especializada.

- Más de 3 episodios al año de ITU.
- Sintomatología persistente durante más de 3 meses con sedimento y urocultivos negativos repetidos.
- ITU complicada con litiasis urinaria, obstrucción del tracto urinario, incontinencia urinaria.
- Bacteriuria significativa asintomática (confirmarla con un segundo análisis).
- Microhematuria asintomática confirmada.
- Hematuria con síntomas de ITU: hacer cultivo y pretratamiento empírico. Hacer cultivo y sedimento urinario postratamiento. Si persiste hematuria derivar. Si el sedimento es negativo en 2 ó 3 ocasiones postratamiento, observación.

TECNICA DE RECOGIDA DE MUESTRA DE ORINA

La muestra idónea es la primera de la mañana ya que permite la multiplicación de bacterias durante la noche.

Técnica para mujeres:

- Se lavará las manos cuidadosamente con agua y jabón, las enjuagará con agua y las secará con una toalla limpia.
- Se separarán los labios mayores y menores, y los mantendrá separados en todo momento hasta que se haya recogido la orina.
- Con una gasa enjabonada se lava bien la vulva pasándola de delante hacia atrás, se repetirá el proceso un total de 4 veces.
- Enjuagar cuidadosamente con agua hervida para eliminar los restos de jabón.
- Se indicará a la paciente que orine desechando los 20-25 primeros mililitros, tras lo cual y sin interrupción de la micción, se recogerá el resto de la orina en el recipiente.
- El frasco está estéril y debe sujetarse con cuidado para que no tome contacto con pierna, vulva o ropa del paciente. Los dedos no deben tocar el borde del frasco o su superficie interior.

Técnica para hombres:

- Lavado de las manos con agua y jabón.
- Retirar completamente el prepucio, que se mantendrá así en todo momento, hasta que se haya recogido la orina.
- Limpiar el glande con jabón neutro.
- Eliminar los restos de jabón enjuagándolo con agua hervida.

- Se pedirá al paciente que orine desechando los primeros 20-25 mililitros, para sin interrumpir la micción, recogerse el resto de la orina en el recipiente estéril.

Técnica para niños:

- En niños y niñas mayores la orina se recoge de forma similar a los adultos.
- En niños y niñas más pequeños, la orina se recogerá en colectores o bolsas estériles especialmente diseñadas para ellos de la siguiente forma:
- Lavado cuidadoso de los genitales y área perineal igual que en los adultos.
- Colocar la bolsa de plástico o el colector.
- Vigilar la bolsa cada 30 minutos y tan pronto como el niño haya orinado, debe retirarse y enviarse la muestra al Centro de Salud o conservarla en el frigorífico durante un tiempo máximo de 24 horas.

VOLUMEN MÍNIMO DE LA MUESTRA:

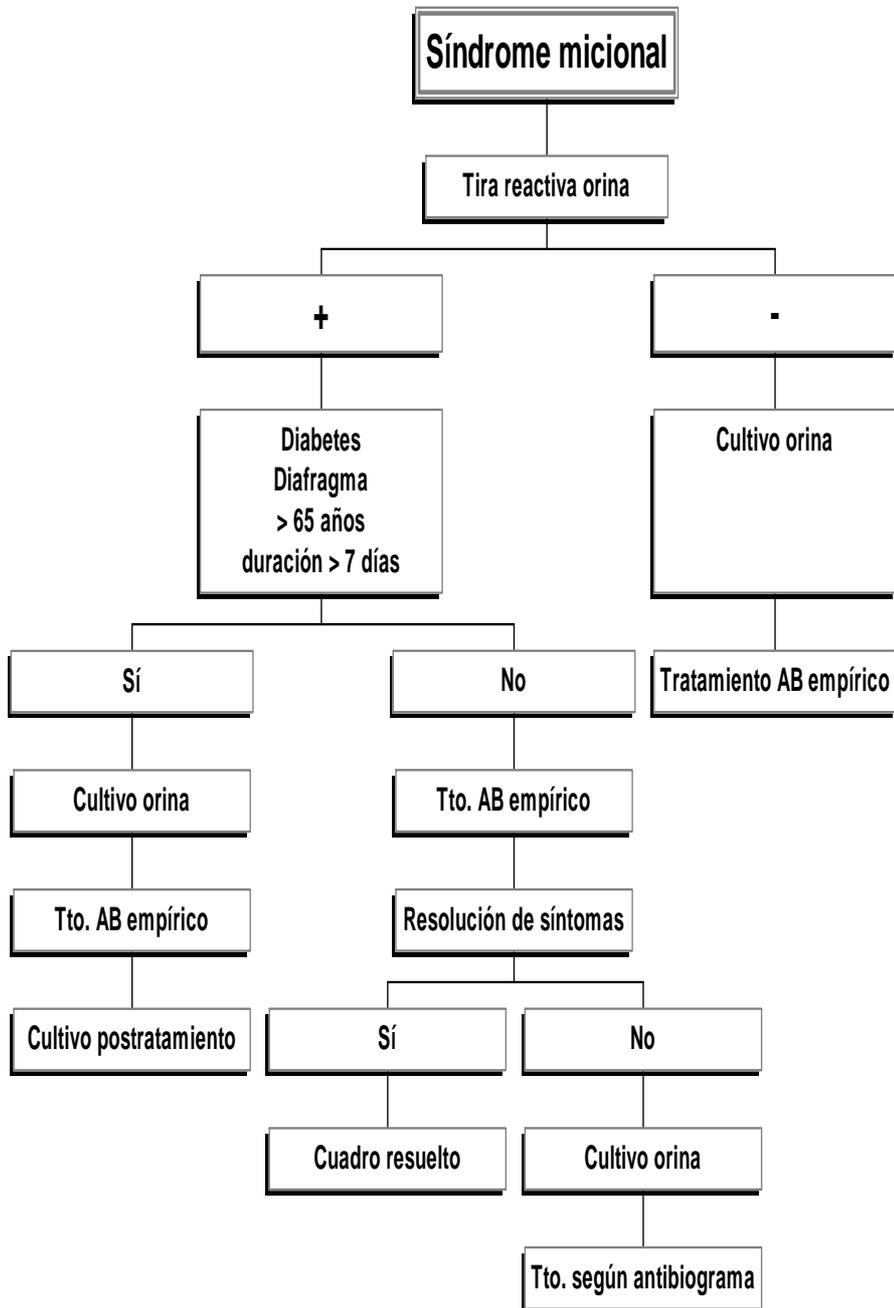
Es suficiente un volumen de orina de 5-10 ml.

CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE LAS MUESTRAS DE ORINA

Sería conveniente que la muestra de orina llegara al laboratorio en un plazo de 1 hora. Como en la mayoría de los sitios de recogida no es posible se conservará en el frigorífico (4°C máximo 24 horas) hasta que el servicio de transporte la retira.

El profesional encargado de las muestras debe controlar el correcto transporte de las mismas supervisando que las neveras portátiles estén refrigeradas de manera correcta (con acumuladores de frío), facilitando en todo momento el intercambio de los acumuladores, en el caso necesario, al servicio de transporte.

MANEJO DE LA INFECCIÓN URINARIA EN LA MUJER



MANEJO DE LA INFECCIÓN URINARIA EN EL HOMBRE

