

Infección urinaria en la comunidad: de las resistencias al uso racional de los antibióticos en su tratamiento y prevención

Carlos Pigrau-Serrallach

Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Las infecciones del tracto urinario (ITU) de las vías bajas son muy frecuentes, sobre todo en mujeres, y son uno de los principales motivos de consulta en el ámbito de atención primaria. En los últimos años se han producido cambios sustanciales en la patogenia, los patrones de sensibilidad de los principales patógenos urinarios, lo que ha condicionado cambios en el tratamiento empírico de éstas, así como en la profilaxis de las pacientes con infecciones urinarias recurrentes. Por otro lado, se ha avanzado en el conocimiento y prevención de la infección urinaria de la mujer gestante y se ha intentado clarificar el difícil campo de la prostatitis crónica. Además, el aumento de la edad poblacional ha condicionado un incremento en la incidencia de las infecciones urinarias asociadas a catéteres urinarios. Por todo ello, en este monográfico hemos creído conveniente efectuar una revisión sobre los principales aspectos de las infecciones urinarias bajas que se presentan en la comunidad.

En el primer capítulo se revisa la epidemiología y etiología de la infección urinaria comunitaria. Además, se hace una revisión de la sensibilidad antimicrobiana de los principales patógenos involucrados en nuestro medio, y se revisa el significado clínico y las repercusiones de la resistencia en las ITU bajas, lo que constituirá la base para establecer un tratamiento empírico adecuado¹.

La Dra. De Cueto² hace una revisión del diagnóstico microbiológico de la infección urinaria, y se centra fundamentalmente en el diagnóstico rápido de ésta, en lo que han contribuido diferentes sistemas automáticos, y en los criterios diagnósticos actuales que están basados en el tipo de infección urinaria que presenta (bacteriuria asintomática, cistitis), en el sexo del paciente y en si éste es portador o no de una sonda vesical. La continua aparición de nuevos fenotipos de resistencia ha obligado a modificar el modelo de antibiograma que se venía realizando a los uropatógenos clásicos y a efectuar una correcta interpretación de éste, lo que resulta fundamental para detectar estos fenotipos y alcanzar el éxito terapéutico.

En el apartado sobre patogenia³ del tracto urinario se habla de los factores de virulencia clásicos que favorecen las ITU, cuyos genes causantes sabemos que actualmente suelen encontrarse agrupados en fragmentos del ADN denominados islas de patogenicidad o PAI. Es

fundamental el papel de la adhesividad y la capacidad que tienen los distintos antimicrobianos (y entre ellos la fosfomicina) de inhibir ésta, lo que tiene importantes implicaciones en la profilaxis de las ITU recurrentes.

Diversos antimicrobianos pueden utilizarse para el tratamiento de las ITU no complicadas. En el capítulo correspondiente⁴ se revisan los distintos grupos de antimicrobianos, su eficacia y sus potenciales ventajas e inconvenientes. No sólo se incide en los efectos secundarios sobre el propio paciente, sino sobre la sociedad, por las implicaciones que puede tener un uso irracional de determinados agentes (fluorquinolonas, cefalosporinas de tercera generación) en la selección de cepas resistentes, lo que puede limitar en un futuro su utilización en enfermedades infecciosas más graves. Por último, se estratifica su utilización empírica, para lo que se adecua a la realidad (perfil de resistencias) de nuestro medio.

Las infecciones urinarias recurrentes (IUR) son un problema frecuente, especialmente en mujeres jóvenes sexualmente activas. En el apartado sobre IUR⁵ se revisa la patogenia y los factores de riesgo de éstas, y las estrategias terapéuticas utilizadas en su prevención: autotratamiento de la cistitis, profilaxis antibiótica continua (a la demostrada eficacia de trimetoprim, cotrimoxazol y quinolonas también se debe añadir en la actualidad la fosfomicina-trometamol), profilaxis antibiótica poscoital, estrógenos tópicos vaginales, lactobacilo, arándanos (cuya eficacia queda reflejada en una revisión reciente de la Cochran Library y que puede ser útil para las pacientes que no deseen utilizar antibióticos) y vacunas, entre otros. Por último se incluyen varios algoritmos diagnosticoterapéuticos basados en el tipo de ITU (recidiva-reinfección), en el colectivo de pacientes implicados y en el número de ITU recurrentes.

En el capítulo sobre ITU en la embarazada⁶ se repasan fundamentalmente los factores predisponentes, la incidencia de bacteriuria asintomática, sus complicaciones, y las estrategias para su detección y tratamiento, y las consecuencias que ello ha tenido en el desarrollo de pielonefritis y complicaciones sobre el feto. El tratamiento de la pielonefritis aguda contempla, en pacientes seleccionadas, su tratamiento ambulatorio, lo que unido al confort que comporta a la paciente contribuye a reducir costes hospitalarios. Finalmente, se comenta la necesidad de realizar un seguimiento adecuado de las gestantes con ITU por las frecuentes recurrencias.

El síndrome de la prostatitis crónica⁷, una entidad con una prevalencia relevante, y con impacto en la calidad de vida para los pacientes, es un reto para el profesional que

Correspondencia: Dr. C. Pigrau-Serrallach.
Aribau, 162, 2º L.
08036 Barcelona.
Correo electrónico: cpigrau@vhebron.net

atiende esta enfermedad, no sólo por las dificultades que comporta su diagnóstico, sino por la controversia terapéutica. La nueva clasificación propuesta por el Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos intenta aportar una mejor aproximación al diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad tan insidiosa.

La prevalencia de pacientes con sonda urinaria en la comunidad se incrementa día a día y consecuentemente las complicaciones, entre ellas la ITU. En el capítulo ITU asociada a sondas urinarias⁸, se repasa la epidemiología, factores de riesgo, patogenia y etiología, y se hace hincapié en la importante variabilidad tanto en la etiología como en las resistencias antimicrobianas. Se comentan las dificultades que hay en ocasiones para diferenciar entre una infección clínicamente relevante y la bacteriuria asintomática, prácticamente siempre presente en el sondado a partir de las 2 semanas de cateterización. Se insiste en evitar el tratamiento de la bacteriuria asintomática, salvo en contadas excepciones, para evitar la selección de cepas resistentes lo cual dificultaría el tratamiento de una infección grave ulterior.

Aprovecho la introducción para agradecer a todos los autores el esfuerzo que han realizado para elaborar esta mono-

grafía, que espero sea una herramienta eficaz para todos los profesionales involucrados en la epidemiología, diagnóstico y tratamiento de las infecciones del tracto urinario.

Bibliografía

1. Alós JI. Epidemiología y etiología de la infección urinaria comunitaria. Sensibilidad antimicrobiana de los principales patógenos y significado clínico de la resistencia. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2006;CITA CRUZADA.
2. De Cuello M. Diagnóstico microbiológico de la infección del tracto urinario. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2006;CITA CRUZADA.
3. Andreu-Domingo A. Patogenia de las infecciones del tracto urinario. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2006;CITA CRUZADA.
4. Horcajada JP, Fariñas MC, García Palomo DG. Tratamiento de las infecciones no complicadas del tracto urinario inferior. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2006;CITA CRUZADA.
5. Pigrau-Serrallach C. Infecciones urinarias recurrentes. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2006;CITA CRUZADA.
6. Herráiz-Martínez MA, Hernández-Sánchez A, Asenjo de la Fuente E, Herráiz-García I. Infección del tracto urinario en la embarazada. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2006;CITA CRUZADA.
7. Jiménez-Cruz JF, Broseta-Rico E. Clasificación, etiología, diagnóstico y tratamiento de las prostatitis. Otros tipos de prostatitis. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2006;CITA CRUZADA.
8. Martínez JA, Mensa J. Infección urinaria asociada a catéteres urinarios. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2006;CITA CRUZADA.