

# **ABORDAJE DE LA BACTERIURIA ASINTOMÁTICA EN ADULTOS**

**Febrero 2019**

## **Autores:**

Carmen Serrano Martino, Microbióloga Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (**coordinadora de capítulo**)

Rocío Fernández Urrusuno. Farmacéutica Atención Primaria. Distrito Aljarafe-Sevilla Norte

Jaime Yanes Martín, Facultativo Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Cazalla de la Sierra, D. Aljarafe-Sevilla Norte

José Manuel Santos Lozano, Facultativo Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Distrito Sevilla

Salomé Taboada Prieto, Facultativo Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

Cristina García Sánchez, Facultativo Especialista en Urología, Hospital Virgen del Rocío (Comité PIRASOA)

Raúl García Estepa, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía

## **Revisores externos:**

Josep María Cots, Facultativo Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Barcelona (SEMFYC)

Carles Llor, Facultativo Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Barcelona (SEMFYC)

José Antonio Lepe Jiménez. Jefe de Sección. Servicio de Microbiología, Unidad Clínica Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva HHUU Virgen del Rocío y Virgen Macarena (Comité PIRASOA, SEIMC).

José Miguel Cisneros Herreros, Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva. HHUU Virgen del Rocio-Macarena (Comité PIRASOA, SEIMC).

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA)

## ABORDAJE DE LA BACTERIURIA ASINTOMÁTICA EN ADULTOS

Carmen Serrano Martino, Rocío Fernández Urrusuno, Jaime Yanes Martín, José Manuel Santos Lozano, Salomé Taboada Prieto, Cristina García Sánchez, Raúl García Estepa

### INTRODUCCIÓN

La bacteriuria asintomática es una situación frecuente en el paciente sondado y en el anciano. **No es una enfermedad, ni causa daño renal y no está indicado el tratamiento antibiótico.**

El diagnóstico de bacteriuria asintomática requiere de la realización de un urocultivo en un paciente asintomático y esta indicación sólo está recomendada en dos situaciones<sup>8</sup>:

- en la mujer embarazada al comienzo del segundo trimestre del embarazo,
- en pacientes previamente a cirugía urológica, principalmente en aquellos con mayor riesgo de complicaciones de infección urinaria para guiar la profilaxis perioperatoria.

En el resto de situaciones, **el urocultivo NO está indicado** en adultos si no hay síntomas/signos de infección urinaria. Cuando se hace, es potencialmente perjudicial para el paciente. Un resultado positivo, puede confundir el diagnóstico y puede llevar a la administración de antibióticos innecesarios.

En el embarazo, la prevalencia de la bacteriuria asintomática es del 2-11%. En ausencia de tratamiento antibiótico, un tercio de estas mujeres desarrollarán pielonefritis. Además, la bacteriuria asintomática comporta el doble de riesgo de parto prematuro y aumenta en un 50% el riesgo de recién nacidos de bajo peso<sup>8</sup>.

### BACTERIURIA ASINTOMÁTICA EN ADULTOS

**Etiología:** *Escherichia coli* (80%). En caso de anomalías estructurales o funcionales del tracto urinario, cuerpos extraños, antibioterapia previa: *Pseudomonas aeruginosa*, *Estafilococo coagulasa negativo*, *Enterococcus spp*, *Staphylococcus saprophyticus*.

CIRCUNSTANCIA MODIFICADORA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO			MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
	ELECCIÓN	GR	ALTERNATIVA	
Bacteriuria asintomática*	No indicado <sup># 6,8,14</sup>	A		
Bacteriuria asintomática en embarazo <sup>£</sup>	Tratamiento según antibiograma <sup>§</sup> 1- 5días (según antibiótico) <sup>6,8,14</sup>	A		Cribado al finalizar del primer trimestre y tratamiento si el resultado es positivo (GR A) <sup>£14</sup> Realizar urocultivo posterior al tratamiento.
<b>OBSERVACIONES:</b> *Urocultivo positivo en ausencia de síntomas: >10 <sup>5</sup> UFC/ml de un único uropatógeno en dos muestras en mujeres y en una en hombres. En sondados (muestra tomada con catéter/sondaje): >100 UFC/ml de un único uropatógeno <sup>6,8,14</sup> . <b>La bacteriuria asintomática no es una enfermedad</b> ni causa daño renal <sup>8,14</sup> .				

#No está indicado cribado ni tratamiento antibiótico en mujeres premenopáusicas no embarazadas, postmenopáusicas ni diabéticas, varones sanos, diabéticos, ancianos, institucionalizados, lesionados medulares, pacientes con dispositivos urológicos, sondados, inmunodeprimidos, trasplantados (incluido renales después de los 6 primeros meses), pacientes con catéteres de nefrostomía o endoprótesis uretrales, pacientes con candiduria<sup>8,12</sup>. La bacteriuria asintomática a menudo se acompaña de piuria. La presencia de piuria no permite diferenciar entre ITU y bacteriuria asintomática, por lo que la presencia de piuria en un paciente con bacteriuria asintomática **no** es una indicación de tratamiento (GR A)<sup>8</sup>.

£La presencia de bacteriuria asintomática está claramente asociada con el riesgo de sufrir pielonefritis al final del embarazo y de otras complicaciones para la madre y el feto. Se debe solicitar urocultivo de rutina al menos en una ocasión (entre la semana 12 y 16) a toda mujer embarazada y siempre que existan síntomas. La presencia de bacteriuria asintomática debe ser confirmada con un segundo cultivo de orina (GR A)<sup>14</sup>. Si se detecta bacteriuria asintomática en la mujer embarazada deberán realizarse urocultivos periódicos para detectar recidivas.

§No hay indicación de tratamiento empírico ya que estas pacientes contarán con un cultivo de orina previo al tratamiento. El tratamiento deberá dirigirse según antibiograma, siendo útiles, siendo de elección **fosfomicina-trometamol** 3 g monodosis<sup>8</sup>. Como alternativa: **cefalexina** oral 250 mg cada 6 horas, 3 días<sup>8</sup>; **cefuroxima** oral 250 mg cada 12 horas, 3 días<sup>8</sup> o **amoxicilina-clavulánico** ▼ oral 875/125 mg cada 12 horas, 5 días<sup>11</sup>.

▼ **NOTAS DE SEGURIDAD**

**Amoxicilina-clavulánico:** La Agencia Española del Medicamento (AEMPS) (Nota informativa ref. 2006/1) ha alertado sobre el riesgo de **hepatotoxicidad** de amoxicilina/clavulánico. La hepatotoxicidad por amoxicilina/clavulánico es la primera causa de ingreso hospitalario por hepatotoxicidad medicamentosa en adultos. Restringir su uso a las infecciones causadas por bacterias resistentes a amoxicilina debido a la producción de betalactamasas.

**CRITERIOS DE DERIVACIÓN:** Bacteriuria asintomática persistente en pacientes en los que está indicado tratamiento antibiótico

**BACTERIURIA ASINTOMÁTICA EN PACIENTES CON SONDAJE**

**Etiología:** *Escherichia coli* (80%). En caso de anomalías estructurales o funcionales del tracto urinario, cuerpos extraños, antibioterapia previa: *Pseudomonas aeruginosa*, *Estafilococo coagulasa negativo*, *Enterococcus spp*, *Staphylococcus saprophyticus*.

CIRCUNSTANCIA MODIFICADORA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO			MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
	ELECCIÓN	GR	ALTERNATIVA	
Bacteriuria asintomática en pacientes con sondajes transitorios (<2 semanas)	No indicado <sup>8,14</sup>	A		<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se precisan urocultivos periódicos en sondados asintomáticos (GR C)<sup>8,14</sup></li> <li>• Valorar diariamente la retirada de la sonda (el tiempo es el principal determinante de aparición de ITU) (GR A)<sup>8,11</sup></li> <li>• Se recambiará la sonda si está obstruida</li> <li>• Mantener una ingesta abundante de agua y realizar micciones frecuentes</li> </ul>
Bacteriuria asintomática en pacientes con sondaje prolongado	No indicado <sup>8</sup>	A		
Bacteriuria asintomática en pacientes con sondaje prolongado que van a ser sometidos a cirugía urológica <sup>§</sup>	Tratamiento según antibiograma <sup>8</sup>	A		

**OBSERVACIONES:**

&Todos los pacientes con sondaje desarrollan bacteriuria<sup>7,8</sup>. La mayoría son transitorias y desaparecen con la retirada de la sonda. En general, **no se recomienda** tratar la bacteriuria asintomática con o sin piuria asociada en pacientes sondados ya que no se ha demostrado su eficacia, no se relaciona con el pronóstico de estos pacientes ni con la incidencia de bacteriemia ni daño renal y, sin embargo, se relaciona con una **mayor presencia de microorganismos resistentes**<sup>7,8</sup>. Recuentos de  $10^2$  a  $10^3$  UFC/ml en orina obtenida de catéter son indicadores de bacteriuria.

§En los pacientes que van a ser sometidos a cirugía urológica (colocación/intercambio de tubos de nefrostomía y stents internos), la bacteriuria asintomática se considera un factor de riesgo para complicaciones infecciosas y se recomienda la detección y el tratamiento antes del procedimiento<sup>8</sup>.

**CRITERIOS DE DERIVACIÓN:** Bacteriuria asintomática persistente en pacientes en los que está indicado tratamiento antibiótico

**BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA (por orden alfabético)**

1. Allen VM, Yudin MH, Bouchard C, Boucher M, Caddy S, Castillo E, et al. Management of group B streptococcal bacteriuria in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can.* 2012 May;34(5):4826.
2. Andreu A et al. Etiología y sensibilidad a los antimicrobianos de los uropatógenos causantes de la infección urinaria baja adquirida en la comunidad. Estudio nacional multicéntrico. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2005; 23 (1): 4-9.
3. Andreu A et al. Grupo Cooperativo Español para el Estudio de la Sensibilidad Antimicrobiana de los Patógenos Urinarios. Etiología de la infección urinaria baja adquirida en la comunidad y resistencia de *Escherichia coli* a los antimicrobianos de primera línea. Estudio nacional multicéntrico. *Med Clin (Bar)*. 2008; 130 (13): 481-6.
4. Antoniou T et al. Trimethoprim-Sulfamethoxazole–Induced Hyperkalemia in Patients Receiving Inhibitors of the Renin-Angiotensin System. A Population-Based Study. *Arch Intern Med.* 2010;170:1045-9.
5. Antoniou T et al. Trimethoprim–sulfamethoxazole and risk of sudden death among patients taking spironolactone. *CMAJ* 2015. DOI:10.1503/cmaj.140816.
6. Asociación Española de Urología (AEU). Cistitis no complicada en la mujer. Madrid: AEU; 2013. Disponible en URL: <http://www.aeu.es/otrasguiaaeu.aspx>.
7. Dutch Working Party on Antibiotic Policy. SWAB Guidelines for Antimicrobial Therapy of Complicated Urinary Tract Infections in Adults. Nijmegen: SWAB; 2013. Disponible en URL: [www.swab.nl](http://www.swab.nl)
8. European Association of Urology (EAU). Guidelines on urological infections. Arnhem: EAU; 2015. Disponible en URL: <https://uroweb.org/>
9. Fralick M et al. Co-trimoxazole and sudden death in patients receiving inhibitors of renin-angiotensin system: population based study. *BMJ* 2014;349:g6196 doi: 10.1136/bmj.g6196.
10. Gupta K, Hooton TM, Naber KG, Wullt B, Colgan R, Miller LG, et al. International clinical practice guidelines for the treatment of acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in women: A 2010 update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases. *Clin Infect Dis.* 2011 Mar 1;52(5):e103-20.
11. Nassisi D, Oishi ML. Evidence-based guidelines for evaluation and antimicrobial therapy for common emergency department infections. *Emerg Med Pract.* 2012 Jan;14(1):1-28.
12. Prieto L, Esteban M, Salinas J, Adot JM, Arlandis S, Peri L, et al. Consensus document of the Spanish Urological Association on the Management of uncomplicated recurrent urinary tract infections. *Actas Urol Esp.* 2015 Jul-Aug;39(6):339-48.
13. Rees J, Abrahams M, Doble A, Cooper A, Prostatitis Expert Reference Group (PERG). Diagnosis and treatment of chronic bacterial prostatitis and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a consensus guideline. *BJU Int.* 2015 Oct;116(4):509-25.
14. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of suspected bacterial urinary tract infection in adults. Edinburgh: SIGN; 2012. (SIGN publication n°. 88). [July 2012]. Disponible en URL: <http://www.sign.ac.uk>
15. Wang J et al. A randomized controlled trial of levofloxacin, terazosin, and combination therapy in patients with category III chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Int Urol Nephrol* 2016;48(1):13-8.