

Hallazgos clínicos de las infecciones urinarias ocurridas en una consulta de medicina general. Estudio de 50 casos

Rodríguez Moroño FJ, Lindo Gutarra M, Méndez Pérez CL, López Díaz J

Centro de Salud de Santa Bárbara (Toledo)

Las infecciones urinarias son un motivo frecuente de consulta médica en la atención primaria. Se dice que hay infección del tracto urinario (ITU) cuando existen gérmenes patógenos en las vías urinarias. Aunque muchos microorganismos distintos pueden afectarlas, los más frecuentes son las bacterias, y dentro de ellas las gramnegativas. El cultivo de orina es el procedimiento diagnóstico más importante y constituye una prueba firme de infección¹⁻⁵.

El objetivo principal de este trabajo consiste en conocer las manifestaciones de la enfermedad clínicas, analíticas y evolutivas a partir de lo conocido en la práctica médica en una consulta de atención primaria (AP).

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se ha realizado en el Centro de Salud de Santa Bárbara, en Toledo. Este cupo de Medicina General tiene adscritas 1.872 personas mayores de 14 años, 926 varones (49,5%) y 946 (50,5%) mujeres.

Se han analizado 50 casos de pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de ITU. De ellos, 7 (14%) eran varones y 43 (86%) mujeres, de edades comprendidas entre los 19 y 86 años de edad. Los casos han sido recogidos en un periodo de 12 meses (julio de 2006 hasta junio de 2007, ambos inclusive).

Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo. Las variables recogidas corresponden al sexo, edad, antecedentes personales, motivo de consulta, clínica, exploración, diagnóstico (cultivo previo a tratamiento, tira), tratamiento y respuesta al mismo con cultivo posterior. El tratamiento fue realizado según pauta

de tres días en ITU de vías bajas en mujeres (excepto fosfomicina a dosis de 3 g en monodosis), mientras que en ITU recurrentes y en varones la pauta fue de 7 días⁶⁻⁸.

El análisis estadístico de los datos se ha realizado mediante el empleo del programa informático Sigma 2.

MEDICIONES Y RESULTADOS

Los más afectados corresponden a mayores de 65 años (30%) (*tabla 1*). Acudieron a consulta por síndrome miccional (disuria y/o polaquiuria y/o tenesmo) 22 (44%) y por control de enfermedades previas 15 (30%) (*figura 1*). Presentaban ITU previa 18 pacientes (36%), 6 de los cuales tenían antecedentes de diabetes.

Tabla 1. PACIENTES POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

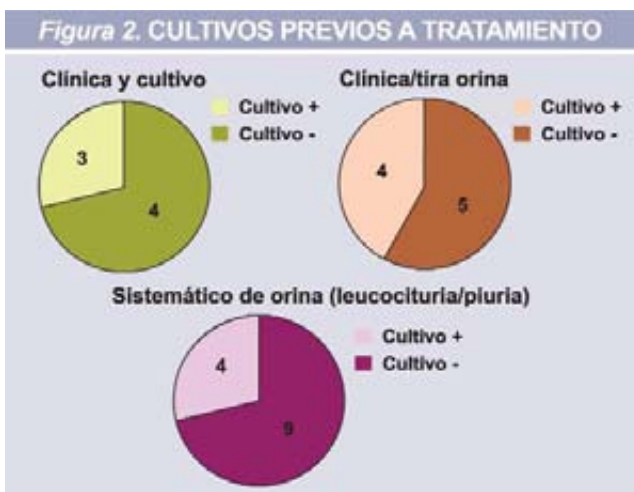
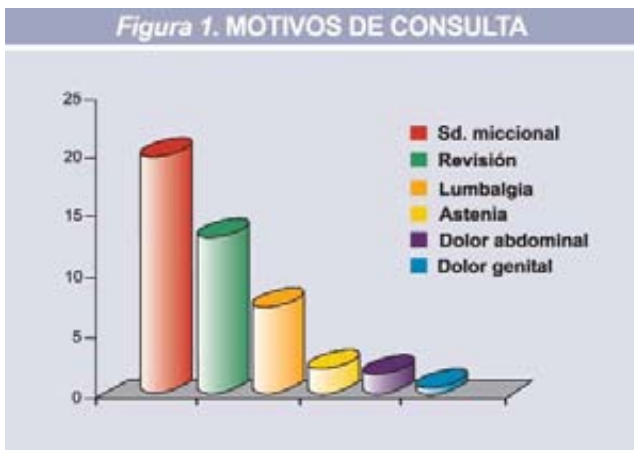
	Mujeres	Varones	Total
15-24	2	0	2 (4%)
25-34	7	0	7 (14%)
35-44	6	1	7 (14%)
45-54	6	3	9 (18%)
55-64	9	1	10 (20%)
>65	13	2	15 (30%)

En la exploración clínica sólo 16 (32%) pacientes presentan puñopercusión renal positiva.

Se realizaron 29 (58%) cultivos previos a tratamiento, de los cuales 11 (38%) fueron positivos y 18 (62%) negativos. Los cultivos positivos fueron 9 (81,8%) para *E. coli* y 2 (19,2%) para *Klebsiella*. De los cultivos realizados sólo con sospecha clínica (7, 27,58%) 3 fueron positivos y 4 negativos. De los que se realizaron antes

de tratamiento, además de la clínica mediante tira de orina positiva (9, 31%), 4 fueron positivos y 5 negativos; de aquéllos en que se realizó cultivo previo a tratamiento por tener una analítica de orina con leucocituria y/o piuria (13, 41,3%), 4 fueron positivos y 9 negativos (*figura 2*). No existe diferencia significativa entre los diagnósticos realizados mediante tira y cultivo previos a tratamiento, pero sí entre ellos con respecto al sistemático de orina ($p < 0,05$).

Se trató a 38 (76%) pacientes, 21 (55,2%) con derivados de la penicilina, 8 (21%) con derivados fosfomicínicos y 9 (23,6%) con quinolonas; a todos se realizó cultivo posterior al mismo. Tras el tratamiento, mostraron resistencias (cultivo positivo) a las penicilinas 3 (7,8%), 2 (5,26%) a fosfomicina y 5 (13,5%) a las quinolonas ($p < 0,05$).



El mayor número de diagnósticos fue la cistitis: 17 (34%); ITU asintomática 14 (28%); 9 (18%) no determinados, 6 (12%) cólico renal; 2 (4%) pielonefritis y 2 (4%) prostatitis.

COMENTARIO

La ITU por *E. coli* sigue siendo la más frecuente en AP, especialmente en las personas de más edad; posiblemente sea debido a la concurrencia de enfermedades que afectan al tracto urinario (pacientes diabéticos, sondados...) pero también aparecen en mujeres en edad fértil⁹⁻¹⁰.

Resulta curioso que tras el síndrome miccional el motivo más frecuente por el que acudieron a consulta fueron los controles de enfermedades crónicas. Posiblemente influyan ciertos factores (orinas contaminadas, diabéticos con infección silente, enfermos sondados...) ¹¹.

El hecho de que sólo 38% de los cultivos previos a tratamiento fueran positivos nos hace pensar que la mayoría de tratamientos realizados no habrían sido necesarios, por lo que deberíamos afinar aún más nuestros diagnósticos, máxime cuando se realizan tras sistemático de orina con leucocituria: sólo 33% son positivos. En estos casos, si no existe clínica llamativa, sería conveniente solicitar cultivo previo, pues lo más probable es que la alteración analítica se deba a contaminación por mala técnica al recoger la muestra.

Por otra parte, el hecho de que el segundo diagnóstico en importancia sea ITU asintomática indica que se da en pacientes diagnosticados tras una revisión programada por otra enfermedad, generalmente personas mayores, sondadas y/o diabéticos. Debemos sospechar un diagnóstico de infección urinaria en este tipo de pacientes cuando sus síntomas no están bien definidos clínicamente.

CONCLUSIONES

- El grupo de edad más afectado corresponde al de mayores de 65 años.
- El motivo más frecuente de consulta fue la

disuria y/o polaquiuria.

- El 44% de los pacientes que presentaban ITU previa tenía antecedentes de diabetes.
- La mayoría de las ITU fueron por *E. coli*.
- No es una práctica aconsejable en AP pautar

tratamiento basándose sólo en la bacteriuria asintomática sin cultivo previo.

- No se deben tratar con quinolonas las infecciones urinarias en AP por su alto índice de resistencias.
- El diagnóstico más frecuente fue el de cistitis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez JF, Fuster A. Infección urinaria: actualización de conceptos con implicaciones terapéuticas. *Rev Clin Esp* 1997;197:180-4.
2. Infección del tracto urinario inferior en: Guía de Patología infecciosa en Atención Primaria. S3MJ Diseño y Comunicación, 2003.
3. Viana C, Molina F, Díez M, Castro P. Infecciones de vías urinarias en el adulto. En: <http://www.fisterra.com/guias2/itu.asp> (fecha de consulta: 12-06-07).
4. Latorre C, Noguero M, Mira A. Evaluación de la tira reactiva para el diagnóstico de infección urinaria en niños y adultos. *Med Clín* 2001;116:286-9.
5. Colomina J, Villar J, Guerrero A. Fiabilidad del medio de cultivo cromogénico MPO en la identificación presuntiva de microorganismos uropatógenos. *Enferm Infecciosa Microbiol Clin* 2004;22:251-2.
6. Manejo de las infecciones urinarias comunitarias del adulto. *Uruguay Infecto* 2001. En: <http://www.infecto.edu.uy/indiceterapeutica.html> (fecha de consulta: 28-06-02).
7. Colomina J, Guerrero A. Infecciones urinarias. En: *Uso adecuado de antimicrobianos en atención primaria*. Science Tool, 2006.
8. Pérez MA et al. Infecciones del tracto urinario. En: Cost Yago JM (Ed). *Manual de enfermedades infecciosas en atención primaria*. Barcelona, 1999.
9. Warren JW, Abrutyn E, Hebel JR, Johnson JR, Schaeffer AJ, Stamm WE. Guidelines for antimicrobial treatment of uncomplicated acute bacterial cystitis and acute pyelonephritis in women. *Infectious Diseases Society of America (IDSA)*. *Clin Infect Dis* 1999;29:745-58.
10. Andreu A, Alós JI 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;23:4-9.
11. Barrasa J, Guerrero JL, Aspiroz C. Las infecciones urinarias los pacientes con sonda vesical no permanente (II). Factores de riesgo, patogenia, etiología y curso clínico: *Med Clin (Barc)* 1996;106:548-54.