



Cistitis no complicada en la mujer

Guía multidisciplinar promovida por
la Asociación Española de Urología

1.Introducción

1.1. Usuarios diana

Todo profesional médico que diagnostique y/o trate cistitis de la mujer: urólogos, médicos de familia y ginecólogos, así como médicos de urgencias y especialistas en enfermedades infecciosas.

1.2. Pacientes diana

Esta GPC tiene como paciente objetivo la mujer mayor de 16 años (14 si es sexualmente activa) con cistitis no complicada, que presenta un tracto urinario normal, sin alteraciones funcionales o anatómicas, y que presenta una sintomatología confinada en la vejiga.

2.Definiciones

TABLA 1: Conceptos y definiciones

	Hallazgo microbiológico	Sintomatología asociada	
Bacteriuria Asintomática	1. Aislamiento de $\geq 10^5$ UFC/ml de la misma cepa de bacteria en dos cultivos de orina consecutivos obtenidos mediante micción (chorro medio) en ausencia de síntomas	Ausencia de síntomas	
	2. Aislamiento de $\geq 10^2$ UFC/ml de bacteria en un cultivo de orina obtenido mediante sondaje vesical estéril o punción suprapúbica estéril en ausencia de síntomas		
Cistitis Aguda	1. Aislamiento de $\geq 10^3$ UFC/ml de bacteria en un cultivo de orina obtenido mediante micción (chorro medio)	- Escozor miccional - Urgencia miccional - Polaquiuria - Dolor suprapúbico - Tenesmo	Ausencia de fiebre o dolor lumbar o en el flanco sugestivos de pielonefritis
	2. Aislamiento de $\geq 10^2$ UFC/ml de bacteria en un cultivo de orina obtenido mediante sondaje vesical estéril o punción suprapúbica		
Síndrome Uretral Agudo	Ausencia de bacteriuria significativa	Presencia de escozor, polaquiuria y urgencia en ausencia de bacteriuria significativa	
	Características principales		
Infección Urinaria Complicada	Aquella en la que coexisten una o varias de las siguientes circunstancias: - Presencia de cateter urinario o cateterismo intermitente. - Obstrucción urinaria - Vejiga neurógena - Reflujo vésicoureteral - Anomalía anatómica del tracto genito-urinario - Infección urinaria postoperatoria o después de manipulación urológica - Insuficiencia renal crónica - Inmunosupresión - Litiasis - Gérmenes multirresistentes: <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Pseudomona aeruginosa</i> , <i>Klebsiella multiresistente</i>		
Cistitis Recurrente	Tres episodios de cistitis aguda en los últimos doce meses o dos episodios en los últimos seis meses		
Cistitis Recidivante	Infección por la misma cepa de la misma bacteria antes de 2 semanas tras acabar el tratamiento antibiótico. <i>Sugiere fallo del tratamiento.</i>		

UCF: Unidades Formadoras de Colonias

3.Criterios diagnósticos

3.1. Anamnesis

Muchos de los siguientes puntos son a la vez recomendaciones y parte de una correcta anamnesis ante pacientes con infecciones

no complicadas del tracto urinario bajo, siendo esta anamnesis de obligada realización en caso de existir recurrencia.

TABLA 2: Anamnesis

Hábitos generales	¿Qué ingesta de líquidos realiza habitualmente al día? ¿Cada cuánto va usted a orinar? Si tras la micción se limpia con un papel o toallita, ¿en qué dirección lo hace? ¿de adelante hacia atrás? ¿de atrás hacia adelante? ¿Orina usted tras las relaciones sexuales?
Foco vaginal	¿Las infecciones suelen aparecer tras las relaciones sexuales? En las relaciones sexuales, ¿siente dolor durante la penetración?, ¿nota usted sequedad vaginal?
Sospecha de reflujo o alteraciones anatómicas	¿Tuvo usted infecciones urinarias en la infancia? ¿Durante o al final de la micción nota usted dolor en el flanco o la zona lumbar?
Sospecha de problemas de vaciado o de vejiga neurógena	¿Ha de hacer fuerza o apretarse el abdomen para comenzar a orinar? ¿Tiene dificultad para comenzar a orinar? ¿Nota usted un chorro fino? ¿una disminución de la potencia del mismo? Tras acabar de orinar ¿tiene la sensación de no quedarse satisfecha? ¿le parece que le quede aún orina por salir?

La presencia de hematuria y las características organolépticas de la orina no aportan información sobre la gravedad, la causa o el pronóstico de la infección urinaria, por lo que

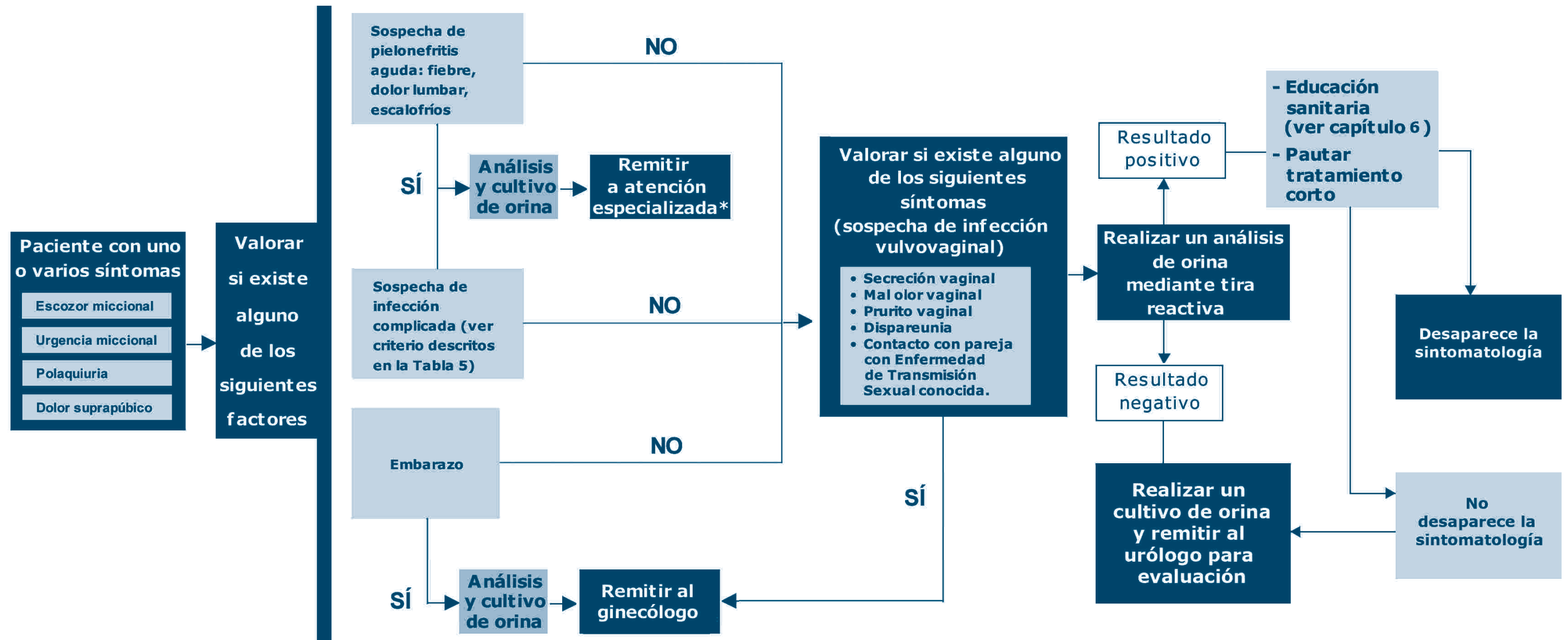
no se han especificado en esta tabla, aunque son aspectos básicos de la anamnesis en una paciente con sintomatología miccional.

3.2. Criterios de valoración para la derivación a atención especializada

TABLA 3: Criterios de valoración para la derivación

1	Se remitirán los casos de cistitis recurrente, cistitis recidivante, infección urinaria complicada, síndrome uretral agudo (ver Tabla 5).
2	En una gestante sin bacteriuria asintomática previa, debe remitirse al ginecólogo si hay cistitis agudas no resuelta.
3	Se remitirán aquellos casos catalogados de cistitis aguda en los que la tira reactiva sea positiva y tras aplicar el tratamiento no desaparezca la sintomatología. En aquellos casos con sintomatología de cistitis aguda con tira reactiva negativa ha de realizarse un cultivo de orina. Si éste es positivo se pautará tratamiento antibiótico pero si el cultivo es negativo y persiste la sintomatología se remitirá la paciente a atención especializada.

Árbol de decisión



(*) Se recomienda remitir la paciente al urólogo en aquellos casos de sospecha de coexistencia de patología urinaria orgánica y/o funcional. En el resto de casos, se recomienda remitir al urólogo o al especialista en Enfermedades Infecciosas según el protocolo específico de cada centro hospitalario o área de atención primaria.

Resultado negativo: Ausencia de nitritos y leucocitos en la tira reactiva.

Resultado positivo: Presencia de nitritos y/o leucocitos en la tira reactiva.

4.Tratamiento

4.1. Cual es la realidad de nuestro entorno en cuanto a fármacos, presentaciones y coste e indicaciones y pautas posológicas aceptadas

Para la selección de la mejor opción terapéutica se deberá considerar de forma periódica la disponibilidad de los antibióticos a utilizar, su posología, su presentación más idónea, su relación beneficio/riesgo y beneficio/coste, y de manera especial cuál es la realidad del ecosistema bacteriano y la presencia o no de resistencias que condicionen las oportunas elecciones para establecer criterios de priorización en las recomendaciones de uso.

Coste teórico: El coste teórico es el coste del número de formas farmacéuticas necesarias para cubrir la dosis y duración del tratamiento.

Coste real: Es el coste de la forma de presentación del fármaco en el mercado para completar los días de tratamiento prescritos. Se presenta en precio medio en euros y rango de precios entre las distintas presentaciones existentes.

TABLA 4 : Presentación y costes de fármacos existentes en España (2006)

Fármaco	Presentación más idónea	Dosis y duración	% sensibilidad a <i>E. coli</i> ^{4,7}	Coste real	Coste teórico tratamiento
Amoxicilina-Ácido clavulánico	500/125 mg - 24 comprimidos	500 mg/8 horas/5 días	90,8 (81,1 - 95,4)	7,63 € (7,23 - 8,02)	4,77 €
Cefpodoxima proxetilo ¹	100 mg - 12 comprimidos	100 mg/12 horas/3 días	No datos	14,68 € (14,53 - 14,83)	7,34 €
Cefixima	200 mg - 6 cápsulas	400 mg/24 horas/3 días	95,8 (95,1 - 97,4)	6,85 € (5,76 - 7,93)	6,85 €
	400 mg - 10 cápsulas			19,6 € (16,52 - 22,68)	5,88 €
Cefuroxima ¹	125 mg - 12 comprimidos	250 mg/12 horas/3 días	90,7 (81,9 - 96,8)	7,96 € (7,68 - 8,26)	7,96 €
Ciprofloxacino	250 mg - 10 comprimidos	250 mg/12 horas/3 días	77,2 (66,7 - 90,8)	5,37 € (2,50 - 8,23)	3,22 €
Fosfomicina trometamol	3.000 mg - 1 sobre	3.000 mg/dosis única	97,9 (96,2 - 99,5)	5,62 €	5,62 €
Levofloxacino ^{2,3}	500 mg - 10 comprimidos	250 mg/24 horas/3 días	No datos	40,28 €	Presentación no adecuada
Nitrofurantoina	50 mg - 50 comprimidos	50-100 mg/8 horas/5-7 días	94,3 (91,7 - 99,2)	2,09 € (1,95 - 2,22)	1,25 €
Norfloxacino	400 mg - 14 comprimidos	400 mg/12 horas/3 días	No datos	7,01 € (6,73 - 7,29)	3,00 €
Ofloxacino	200 mg - 10 comprimidos	200 mg/12 horas/3 días	No datos	8,39 € (6,88 - 9,90)	5,03 €
Sulfametoxazol-Trimetoprim	400/80mg - 20 comprimidos	800/160 mg/12 horas/3 días	66,1 (58,3 - 84,0)	2,03 € (1,89 - 2,17)	1,22 €
	800/160mg - 20 comprimidos			3,12 €	0,94 €
Trimetoprim ³	160 mg -16 cápsulas	200 mg/12 horas/5-7 días	No datos	1,80 €	Presentación no adecuada

se entiende por coste real... se entiende por coste teórico...

Fuente de los costes: Catálogo de Especialidades Farmacéuticas. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid 2006.

1 No se contempla las pautas cortas en la ficha técnica del producto.

2 La indicación aceptada es infecciones complicadas del tracto urinario y no se contempla en la ficha técnica la pauta corta de 3 días.

3 La presentación existente en nuestro país no permite administrar la dosis recomendada.

5.Conclusiones

5.1. Recomendaciones finales

Dejando bien entendido que las realidades del entorno epidemiológico y de las condiciones de la paciente son las que deben

primar en la selección del antibiótico adecuado se aconsejan, dada la realidad de nuestro entorno, las siguientes recomendaciones:

Tratamiento de 1ª elección:

Fosfomicina trometamol en una única monodosis de 3 g

Tratamiento de 2ª elección:

Sulfametoxazol-Trimetoprim, 800/160 mg/12 horas durante 3 días (en aquellas áreas con resistencias a *E. coli* inferior al 20%)

Norfloxacino, 400 mg/12 horas durante 3 días

Ciprofloxacino, 250 mg/12 horas durante 3 días

Amoxicilina-ácido clavulánico, 500/125 mg/8 horas durante 5 días

Cefixima, 400 mg/24 horas durante 3 días

Tratamiento de 3ª elección:

Nitrofurantoína, 50-100 mg/8 horas durante 5-7 días

Estas recomendaciones se han priorizado en función de los siguientes criterios:

- Sensibilidades de los gérmenes más frecuentemente implicados
- Eficacia
- Coste y duración del tratamiento.
- Comodidad de la posología.

6. Educación sanitaria

6.1 Pautas a seguir por la paciente

1. Realice una ingesta diaria mínima de 1.5 litros de líquidos.
2. Aunque no note ganas de orinar, procure no estar más de 4 horas sin hacerlo (excepto durante las horas de dormir).
3. Orine después de las relaciones sexuales.
4. Cuando se lave el área genital o se seque tras orinar, lávese y séquese de delante hacia atrás.
5. Realice el tratamiento siguiendo las dosis y duración recomendadas por su médico.

6.2 Instrucciones para la recogida de orina

Lávese las manos.

Lávese los genitales externos y zonas próximas con agua y jabón y séquese de delante a atrás con una gasa o paño limpio.

Sepárese bien los labios mayores con la mano y comience a orinar en el water (de cara a la cisterna de éste) dejando pasar una buena cantidad de orina.

A continuación, orine un poco en el frasco evitando que el chorro de orina toque la región genital.

Recoger el chorro medio de la primera orina de la mañana.

Emplear un frasco estéril.

Enviar la orina antes de que pase una hora al Servicio de Microbiología.

Ante cualquier duda consulte a su médico

Dirigido por:



Asociación Española de Urología

Con la colaboración de:

ANTARES
consulting



1906 - 2006



 **Zambon**