

ABORDAJE DE LA BACTERIURIA ASINTOMÁTICA EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

Febrero 2019

Autores:

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

Juan Miguel Campos, Médico de Medicina Familiar y Comunitaria, D. Aljarafe-Sevilla Norte

Mercedes García Moreno, Geriatra. Residencia de Mayores de la Junta de Andalucía Huerta Palacio. Dos Hermanas, Sevilla.

Montse Huguet, Geriatra. Residencia CER Espartinas, Espartinas, Sevilla.

Ana Rigueira, FEA Farmacia Hospitalaria, Hospital San Agustín, Avilés

Ricardo Espinosa Calleja, FEA Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

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

Revisores externos:

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

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

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía

ABORDAJE DE LA BACTERIURIA ASINTOMÁTICA EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

Carmen Serrano Martino, Juan Miguel Campos, Mercedes García Moreno, Montse Huguet, Ana Rigueira, Ricardo Espinosa Calleja, Raúl García Estepa,

INTRODUCCIÓN

Las personas institucionalizadas en Centros Sociosanitarios presentan, con mayor frecuencia, bacteriuria asintomática (entre el 15% y el 50%) ya que prácticamente el 100% están sondados, circunstancia frecuente en esta población. La presencia de bacteriuria sin síntomas de infección, **no constituye una enfermedad, ni causa daño renal y no está indicado el tratamiento antibiótico**⁴. **Evitar el tratamiento de la bacteriuria asintomática** es importante para reducir el desarrollo de resistencias bacterianas en este grupo de población. Por ello, es necesario **limitar la realización de urocultivos**, que estarían indicados solamente en situaciones en las que se presentan síntomas y/o signos de infección urinaria.

En este capítulo se abordarán las siguientes situaciones:

- Bacteriuria asintomática en pacientes sin sondaje vesical.
- Bacteriuria asintomática en pacientes con sondaje vesical.

BACTERIURIA ASINTOMÁTICA EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS SIN SONDAJE VESICAL

La bacteriuria asintomática es frecuente en el paciente institucionalizado (entre 20 y 50% en mujeres y 15-40% en varones) dada la edad y enfermedades crónicas que condicionan una alteración en el vaciamiento vesical y alta prevalencia de residentes con sondaje vesical (entre el 5 y el 10%), aunque en este tipo de pacientes no condiciona una mayor mortalidad⁴.

Por tanto, el cribado y tratamiento de la bacteriuria asintomática, al igual que en población general, se recomienda únicamente en pacientes que vayan a someterse a una intervención urológica (GR A)⁴, estando totalmente desaconsejado en el resto de circunstancias, ya que predispone a tratamientos antibióticos innecesarios.

BACTERIURIA ASINTOMÁTICA EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS SIN SONDAJE VESICAL

Etiología: *Escherichia coli* (80%). En pacientes con anomalías estructurales o funcionales del tracto urinario, cuerpos extraños y antibioterapia previa: otras enterobacterias (*Pseudomonas aeruginosa*), bacterias gram positivas (Estafilococo coagulasa negativo, *Enterococcus* spp., *Staphylococcus saprophyticus*).

CIRCUNSTANCIA MODIFICADORA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO			MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
	ELECCIÓN	GR	ALTERNATIVA	
Bacteriuria asintomática*	No indicado ^{#4}	A		<ul style="list-style-type: none">• No se deben realizar sedimentos ni urocultivos de rutina en pacientes institucionalizados dado el alto índice de bacteriuria asintomática en esta

					población ⁴ • Ello conduce al sobrediagnóstico y tratamiento innecesario con antimicrobianos, que contribuye al desarrollo de bacterias resistentes.
OBSERVACIONES:					
*Urocultivo positivo en ausencia de síntomas: >10 ⁵ UFC/ml de un único uropatógeno en dos muestras en mujeres y en una en hombres. En sondados >100 UFC/ml de un único uropatógeno (GR A) ⁴ .					
La bacteriuria asintomática no es una enfermedad ni causa daño renal ¹⁰ . 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) ⁴ .					
# No está indicado cribado ni tratamiento antibiótico en mujeres 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 ⁴ .					
Los pacientes inmunocomprometidos deben ser valorados individualmente (GR C) ⁴ . En ellos, el tratamiento de la candiduria no está recomendado (GR A) ⁴ . Se indicará tratamiento en pacientes que se vayan a someter a cirugía urológica (GR B) ⁴ .					
CRITERIOS DE DERIVACIÓN: Intervenciones urológicas (resección prostática, sangrado de mucosa). Realización de cribado antes del procedimiento.					

BACTERIURIA ASINTOMÁTICA EN PACIENTES EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS CON SONDAJE VESICAL

Etiología: *Escherichia coli* (80%). En caso de anomalías estructurales o funcionales del tracto urinario, cuerpos extraños, antibioterapia previa: *Pseudomonas aeruginosa*, *Stafilococo 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 ^{& 4, 10}	A		<ul style="list-style-type: none"> • No se precisan urocultivos periódicos en sondados asintomáticos (GR C)^{4, 10} • Valorar diariamente la retirada de la sonda (el tiempo es el principal determinante de aparición de ITU) (GR A)^{4,7} • Se recambiará la sonda si está obstruida
Bacteriuria asintomática en pacientes con sondaje prolongado	No indicado ^{& 4}	A		<ul style="list-style-type: none"> • Mantener una ingesta abundante de agua y realizar micciones frecuentes.
Bacteriuria asintomática en pacientes con sondaje prolongado que van a ser sometidos a cirugía urológica ^{\$}	Tratamiento según antibiograma ⁴	A		

OBSERVACIONES:

&Todos los pacientes con sondaje desarrollan bacteriuria^{3,4}. 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**^{3,4}. 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 procedimiento⁴.

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

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA (por orden alfabético)

1. Alós Cortés JI et al. Guía de buena práctica clínica en Geriatria. Infecciones Urinarias. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2005. p .80.
2. Asociación Española de Urología (AEU). Cistitis no complicada en la mujer. Madrid: AEU; 2013. Disponible en URL: <http://www.aeu.es/otrasguiasaeu.aspx>.
3. 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
4. European Association of Urology (EAU). Guidelines on urological infections. Arnhem: EAU; 2015. Disponible en URL: <https://uroweb.org/>
5. Gómez-Busto F. Infecciones urinarias en residencias de ancianos. Rev Esp Geriatr Gerontol 2007; 42(Supl 1): 3 9-50.
6. Loeb M et al. Development of minimum criteria for the initiation of antibiotics in residents of long-term-care facilities: results of a consensus conference. Infect Control Hosp Epidemiol. 2001 Feb;22(2):120-4.
7. 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.
8. Nicolle LE. Resistant pathogens in urinary tract infections. J Am Geriatr Soc 2002; 50(7S): S230-S235. (489.849).
9. Nicolle LE. Urinary tract infections in the older adult. Clin Geriatr Med 2016; 32; 523-38.
10. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of suspected bacterial urinary tract infection in adults. Edinburgh: SIGN; 2012. (SIGN publication nº. 88). [July 2012]. Disponible en URL: <http://www.sign.ac.uk>
11. Tenke P et al. European and Asian guidelines on management and prevention of catheter-associated urinary tract infections. Int J Antimicrob Agents 2008; 31 Suppl 1:S68-78