

# **Optimización del Uso de Antimicrobianos en Síndromes Infecciosos Comunitarios**

## **INFECCIONES URINARIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA**

**Mari Carmen García Seligrat**

Médico de atención primaria del centro de salud Cabezo de torres-Churra



# Introducción

Las infecciones del tracto urinario (ITU) de las vías bajas, constituyen, después de las infecciones respiratorias, el **segundo grupo en importancia de las infecciones extrahospitalarias**. Al menos el 40% de las mujeres tendrán una ITU a lo largo de su vida.

Debido a que se trata habitualmente de procesos leves y no asociados a complicaciones (en las ITU no complicadas), la toma de decisiones terapéuticas es generalmente empírica.

La pielonefritis aguda es un cuadro clínico frecuente en los servicios de urgencias y posee una importante morbilidad y es la causa más frecuente de bacteriemia y de shock séptico en el anciano.

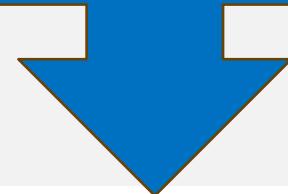


# Objetivos de la presentación

- Saber identificar una ITU del tracto superior y del tracto inferior e iniciar un tratamiento empírico y/o pedir pruebas complementarias **siguiendo los protocolos sugeridos en la guía PRAN**
- En caso de que proceda un tratamiento empírico, **priorizaremos los antibióticos sugeridos por la propia guía PRAN** que procedan en cada caso.
- Seremos capaces de **identificar una ITU complicada**, en cuyo caso, solicitaremos las pruebas complementarias necesarias para poner un tratamiento dirigido y/o **remitiremos al paciente a urgencias** para valorar ingreso o tratamiento hospitalario

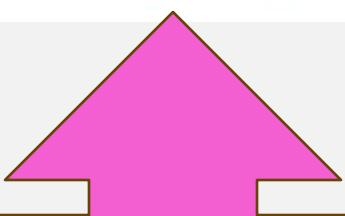


Recomendaciones basadas  
en la evidencia y en  
patrones de resistencia.

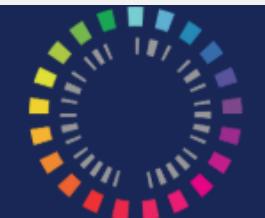


**Guía terapéutica antimicrobiana del  
SNS (salud humana)**

Herramienta para la ayuda a la prescripción en salud humana



con el objetivo de optimizar y homogeneizar la  
prescripción de los tratamientos antibióticos y,  
con ello, disminuir el riesgo de aparición de  
microorganismos resistentes.



## < Infecciones urinarias del tracto inferior en adultos

- Introducción ☆ >
- Cistitis aguda en el embarazo ☆ >
- Cistitis aguda simple en la mujer ☆ >
- Cistitis recurrente en la mujer: profilaxis y tratamiento de reinfecciones ☆ >
- Infección del tracto urinario en el paciente con sondaje ☆ >
- Infección del tracto urinario en el varón ☆ >
- Prostatitis ☆ >
- Bibliografía >



# Índice



Az

Home

## < Infecciones urinarias del tracto superior en adultos

- Introducción ☆ >
- Pielonefritis aguda no complicada leve o moderada sin criterios de ingreso hospitalario ni riesgo de infección ☆ >
- Bibliografía >

# CISTITIS AGUDA SIMPLE EN LA MUJER



- Consideramos cistitis aguda simple a la infección urinaria que no se extiende más allá de la vejiga.
- Son infecciones muy frecuentes (40% de mujeres a lo largo de su vida).
- En mujeres **premenopáusicas**, el mayor factor de riesgo es el coito.
- En mujeres **postmenopáusicas**, los factores de riesgo identificados son: ITU antes de la menopausia, incontinencia urinaria, vaginitis atrófica, diabetes, cistocele...
- La realización de un **cultivo de orina** en la cistitis aguda en mujer no gestante **no es necesario**, ya que los organismos causantes así como sus patrones de sensibilidad antibiótica son predecibles (*Escherichia coli* (63 %)). Por esto, el tratamiento se realiza empíricamente.
- La cistitis aguda simple es por definición una **ITU no complicada**.

- SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- Fiebre ( $T^a > 37,7 \text{ } ^\circ\text{C}$ ), este punto de corte no está totalmente consensuado y debería individualizarse
- Otros signos y síntomas de enfermedad sistémica (incluyendo escalofríos, astenia y malestar general).
- Dolor a nivel de flanco.
- Puño percusión renal positiva.
- Dolor pélvico o perineal en hombres, lo cual puede sugerir la existencia de prostatitis concomitante.

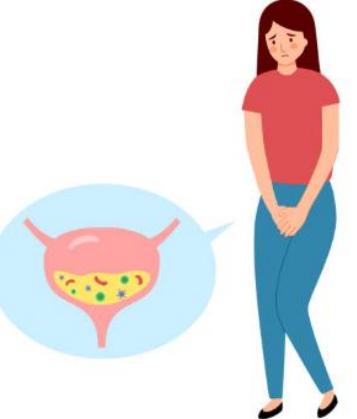


VALORAR  
TRATAMIENTO  
HOSPITALARIO

- GRUPOS DE PACIENTES:

- Embarazadas.
- Personas con anomalías anatómicas o funcionales.
- Manipulación urológica reciente.
- Sondados.
- Ancianos.
- Diabéticos.
- Pacientes con insuficiencia renal crónica.
- Sospecha de etiología por microorganismos multirresistentes.
- Infección adquirida en el hospital (inicio 48-72 horas desde el alta hospitalaria).
- Inmunodeprimidos.

## Cistitis aguda simple



**Circunstancia modificadora:** cistitis aguda simple<sup>π,Ω</sup>.

### Tratamiento antibiótico:

- Elección: **fosfomicina/trometamol**  oral, 3 g, dosis única<sup>§,6,8,10</sup> (GR A).
- Alternativa:
  - [Nitrofurantoína]<sup>&</sup>  oral, 50-100 mg cada 8 horas, 5 días<sup>6,8,10,14</sup> (GR A).
  - Mujeres <45 años (porcentaje de sensibilidad por edad en<sup>Ω</sup>):
    - **Trimetoprim/sulfametoazol**   oral, 160/800 mg cada 12 horas, 3 días<sup>8,10,14</sup> (GR B).

NO  
UROCULTIVO

TOMAR  
FOSFOMICINA  
CON MUCHA  
AGUA

NO ASOCIAR  
TRIMETOPRIM/SULFAMETOAZOL  
CON IECA/ARA-II O  
ESPIRONOLACTONA POR RIESGO  
DE HIPERPOTASEMIA

FURANTOÍNA  
CONTRAINDICADA EN  
TRATAMIENTOS LARGOS  
Y EN ERC

En casos excepcionales, podría ser necesario el uso de antibióticos de amplio espectro. En tales casos, estas son las pautas recomendadas:

- **Ciprofloxacino**  oral, 250-500 mg cada 12 horas, 3 días (GR A)<sup>8,10</sup>.
- **Cefuroxima axetilo** 250 mg cada 12 horas, 3 días (las infecciones por *Staphylococcus saprophyticus* pueden responder mejor a pautas de 7 días (GR B)<sup>6</sup>).
- **Amoxicilina/ácido clavulánico**  500 mg/125 mg cada 8 horas, 5 días (las infecciones por *S. saprophyticus* pueden responder mejor a pautas de 7 días (GR B)<sup>6,8,10</sup>).



## CISTITIS AGUDAS RECURRENTES (<3 REINFECCIONES AL AÑO)

- Cada episodio se trata como una primera infección
- **No es necesario urocultivo.**
- El tratamiento es el mismo que en la cistitis aguda simple:

### Tratamiento antibiótico:

- Elección: **fosfomicina/trometamol** w oral, 3 g, dosis única<sup>§,6,8,10</sup> (GR A).
- Alternativa:
  - [Nitrofurantoína]<sup>&</sup> ▼ oral, 50-100 mg cada 8 horas, 5 días<sup>6,8,10,14</sup> (GR A).
  - Mujeres <45 años (Porcentaje de sensibilidad por edad en<sup>Ω</sup>):
    - **Trimetoprim/sulfametoaxazol** A ▼ oral, 160/800 mg cada 12 horas, 3 días<sup>8,10,14</sup> (GR B).

## CISTITIS RECIDIVANTE (RECAIDA)

- Infección **antes de 15 días** de finalizar el tratamiento antibiótico
- **Necesario urocultivo. Tratamiento antibiótico según antibiograma:**
  - Afectación leve: se puede esperar al resultado del urocultivo para iniciar tratamiento<sup>8</sup> (GR C).
  - Si no se puede esperar: tratar con antibiótico diferente al utilizado en episodio anterior en espera al urocultivo<sup>8</sup> (GR C).

# CISTITIS RECURRENTE EN LA MUJER

- La que ocurre tres o más veces en un año.
- Las **recurrencias** pueden producirse por **reinfecciones** (en el 80 % de los casos) o **recidivas/recaídas** (20 %).
- Las recidivas se suelen presentar en las primeras 2 semanas tras la “curación” debido a la persistencia de la cepa original. Las reinfecciones son nuevas infecciones causadas por cepas diferentes
- En cualquier caso, debe realizarse un urocultivo para dirigir el tratamiento de cada proceso agudo.
- Tras finalizar el tratamiento del proceso agudo, considerar la profilaxis...

- **CUÁNDΟ INICIAR PROFILAXIS?????**



- **Solo debe considerarse la profilaxis después de recibir la correcta información y si han fallado las medidas no farmacológicas**

**Circunstancia modificadora:** profilaxis en infecciones urinarias sintomáticas de repetición o cistitis recurrente (<3 infecciones/año).

### Tratamiento antibiótico:

- **Elección:** no indicado<sup>6,8</sup> (GR B).

### Medidas no farmacológicas:

- Medidas higiénicas recomendadas:
  - Orinar con frecuencia, micción postcoital y hábitos higiénicos aunque no siempre son exitosos<sup>6</sup>.
  - Cuando están relacionadas con la actividad sexual, realizar consejo higiénico a la pareja. Antes de iniciar las relaciones, lavado de manos.
  - Si la paciente utiliza **diafragma con espermicida**, cambiar a otro sistema anticonceptivo.
  - Si existe patología uroginecológica, la corrección de la misma suele solucionar las ITU o disminuir su frecuencia<sup>6</sup>.
- No se recomienda:
  - La evidencia sobre la **acidificación** de la orina es muy controvertida. El uso de **vitamina C** no ha probado beneficios<sup>7</sup>.
  - Existe controversia en la utilización de **zumo/extracto de arándanos** y la reducción de la recurrencia de ITU. No está clara la dosis que debería utilizarse ni la vía de administración<sup>7,8</sup>. Los derivados de arándanos deben evitarse en pacientes que estén tomando anticoagulantes orales<sup>16</sup>.
  - El uso de **probióticos** no ha probado beneficio claro<sup>6,8</sup> aunque la administración de lactobacilos en supositorios disminuye las recurrencias en mujeres premenopáusicas<sup>7</sup>.
  - No se recomienda, de forma generalizada, el uso de **estrógenos orales** para la prevención de ITU recurrente (GR A)<sup>7,14</sup>. Sin embargo, en mujeres postmenopáusicas con infecciones urinarias de repetición y atrofia vaginal, se debe valorar el balance beneficio-riesgo de la administración de **estrógenos vaginales** ▼ (GR C)<sup>6,7,8</sup>, advirtiendo que producen irritación vaginal en 6-20 % de las mujeres<sup>8</sup>.
- **No** hay suficiente evidencia sobre la eficacia de la **profilaxis inmunológica**<sup>8</sup>. Solo se dispone de evidencia con la vacuna Uro-Vaxom (OM-89), no comercializada en nuestro medio<sup>6</sup>.



## Profilaxis en infecciones urinarias sintomáticas de repetición o cistitis recurrente con fallo de medidas no farmacológicas☆▼

**Circunstancia modificadora:** profilaxis en infecciones urinarias sintomáticas de repetición o cistitis recurrente<sup>‡</sup> ( $\geq 3$  infecciones/año; distinta cepa) cuando han fallado las medidas no farmacológicas (modificación de hábitos)<sup>&</sup>.

### Tratamiento antibiótico:

- Elección:

1. Profilaxis poscoital en reinfecciones asociadas a la actividad sexual: **fosfomicina/trometamol** w oral, 3 g, dosis única tras la relación<sup>8</sup> (GR B).
2. Profilaxis continua: **fosfomicina/trometamol** w oral, 3 g cada 7-10 días durante 6-12 meses<sup>6,8</sup> (GR B).
3. Pauta intermitente (autotratamiento): **fosfomicina/trometamol** w oral, 3 g, dosis única iniciada por la paciente ante signos sugestivos de infección<sup>7,8</sup> (GR A).

- Alternativa: si continúan las recurrencias:

- **Trimetoprim/sulfametoazol** A▼ oral, 40-80 mg/200 mg/día, 6-12 meses<sup>6</sup> (GR D).
- **Cefalexina** A oral, 125-250 mg/día<sup>†</sup>, durante 6-12 meses<sup>6</sup> (GR D).

CEFALEXINA NO  
DISPONIBLE A  
DOSIS BAJAS

La **pauta intermitente** es menos efectiva que la **profilaxis continua**, pero se asocia a una **menor exposición a los antibióticos y menos efectos adversos**, por lo que podría estar indicada en mujeres seleccionadas con ITU no demasiado frecuentes

# CISTITIS AGUDA Y BACTERIURIA ASINTOMÁTICA EN MUJER EMBARAZADA

- **Realizar siempre urocultivo y una semana después de finalizar el mismo.**
- Penicilinas, cefalosporinas y fosfomicina pre-tratamiento son antibióticos seguros en el embarazo.
- Duración del tratamiento <7 días.
- Considerar **urocultivos mensuales** hasta el parto.



## Cistitis aguda en embarazo

**Circunstancia modificadora:** cistitis aguda en embarazo.

### Tratamiento antibiótico:

- Elección: **fosfomicina/trometamol** oral, 3 g, dosis única<sup>6,8,11</sup> (GR A).
- Alternativa:
  - **Cefuroxima/axetilo** oral, 250 mg cada 12 horas, 3 días<sup>6,12</sup> (GR B).
  - **Amoxicilina/ácido clavulánico** oral, 500 mg/125 mg cada 8 horas, 5-7 días<sup>7,8,12</sup> (GR A).

# CISTITIS AGUDA EN EL EMBARAZO



INICIAR POR LA NOCHE,  
TRAS TRATAR ÚLTIMA  
INFECCIÓN

UROCULTIVOS MENSUALES. SI  
APARECE INFECCIÓN,  
SUSPENDER PROFILAXIS Y  
TRATAR.  
CAMBIAR PROFILAXIS



Recidiva en embarazo (dentro de los 15 días después del primer episodio y misma cepa)

## Tratamiento antibiótico:

- Elección: tratamiento según antibiograma<sup>#,14</sup> (GR A).

## Medidas no farmacológicas:



Profilaxis en infecciones urinarias sintomáticas de repetición o cistitis recurrente

**Circunstancia modificadora:** profilaxis en infecciones urinarias sintomáticas de repetición o cistitis recurrente<sup>‡</sup>.

## Tratamiento antibiótico:

- Elección:

- **Fosfomicina/trometamol** oral, 3 g cada 10 días hasta el parto<sup>8</sup> (GR B).
- **Cefalexina** oral, 125-250 mg cada 24 horas hasta el parto<sup>8</sup> (GR B).
- **Cefaclor** oral, 250 mg cada 24 horas hasta el parto<sup>6</sup> (GR B).

# ITU EN EL VARÓN



- Controversia: ¿es siempre una ITU complicada?
- Ante una ITU en un varón, aún sin aparentes complicaciones, **debe realizarse un urocultivo pre-tratamiento** (no será necesario urocultivo post-tratamiento si se resuelve la infección)
- La **duración del tratamiento** debe ser de **7-14 días** (pautas más cortas deben ser evitadas).
- Una evaluación más a fondo es, generalmente, innecesaria si el paciente responde bien a esta terapia.
- Las **ITU complicadas del varón** requieren habitualmente tratamientos de varias semanas de duración (**>4 semanas**)
- Siempre hay que considerar la **posibilidad de prostatitis y uretritis** como diagnósticos alternativos o concomitantes

## Manejo empírico

### ITU en varones

**Circunstancia modificadora:** ITU complicada en varones<sup>¶</sup>.

#### Tratamiento antibiótico:

- Elección: **cefixima**  oral, 400 mg cada 24 horas, 7-14 días<sup>7,8</sup> (GR B).
- Alternativa:
  - Aminoglucósido<sup>7,8</sup> (GR B).
  - **Gentamicina**  im, 3-5 mg/kg/día (dosis única diaria)<sup>1</sup> (GR B).

Considerar fosfomicina  
(necesaria una segunda  
dosis a las 72 horas)

- El 80 % de las especies involucradas habitualmente en las infecciones urinarias son bacterias gramnegativas, *Escherichia coli*, *Proteus* y *Klebsiella*.
- *E. coli* tiene un alto índice de resistencias a fluorquinolonas.
- **Fluoroquinolonas** están relacionadas con graves **efectos secundarios discapacitantes y potencialmente permanentes** (tendinopatías, afectación muscular y articulaciones, daño neurológico, hipoglucemia y trastornos, así como con la **prolongación del intervalo QT**)





## ITU en varón tras fallo terapéutico

**Circunstancia modificadora:** ITU complicada en varón tras fallo terapéutico<sup>¶</sup>.

### Tratamiento antibiótico:

- Elección: **ciprofloxacino** w ▼ oral, 500 mg cada 12 horas 7-14 días<sup>8</sup> (GR B).
- Alternativa: derivación hospitalaria<sup>8</sup> (GR B).

REALIZAR  
UROCULTIVOS PRE Y  
POST TRATAMIENTO



- En las infecciones urinarias complicadas cabe una variación microbiológica, sumándose a las anteriores *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter* y *Serratia*, así como otros gérmenes oportunistas: *Acinetobacter*, *Corynebacterium* y hongos, por lo común del género *Candida*.
- Entre los grampositivos, el principal patógeno es *Enterococcus faecalis* que, por el uso de antimicrobianos de amplio espectro, sufre mutaciones que lo convierten en multirresistente y es causa de superinfecciones.
- También son más frecuentes las infecciones por *Staphylococcus* en pacientes con sustrato urológico patológico.
- Con cierta frecuencia la etiología de la infección es polimicrobiana.
- Considerar evaluación urológica (anatómica y funcional)



## ITU recurrente en varón con sospecha de prostatitis

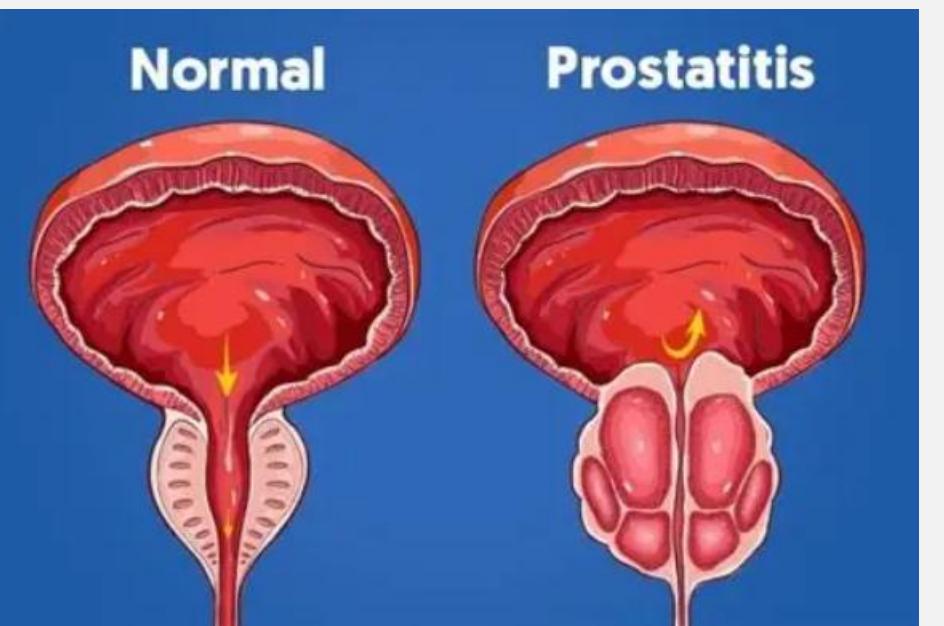
**Circunstancia modificadora:** ITU recurrente en varón con sospecha de prostatitis<sup>\$</sup>.

### Tratamiento antibiótico:

- Elección:
  - Ciprofloxacino oral, 500 mg cada 12 horas, 4 semanas<sup>7,8,13,14</sup> (GR B).
  - Levofloxacino oral, 500 mg cada 24 horas, 4 semanas<sup>8</sup> (GR B).
- Alternativa:
  - Trimetoprim/sulfametoazol oral, 160/800 mg cada 12 horas, 4-6 semanas<sup>7,8</sup> (GR B).



- Derivación urgente si presenta síntomas de prostatitis bacteriana aguda con afectación del estado general.



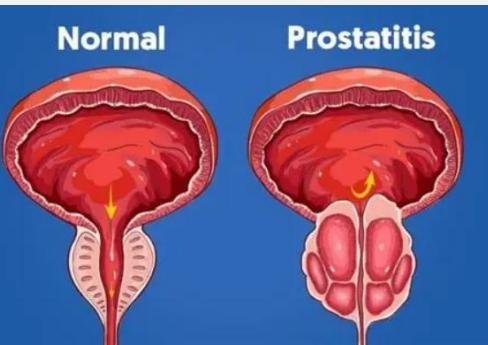
PROSTATITIS  
BACTERIANA  
AGUDA

# PROSTATITIS

PROSTATITIS  
BACTERIANA CRÓNICA  
(>3 meses)

PROSTATITIS CRÓNICA-SD DE  
DOLOR PÉLVICO CRÓNICO:  
I. INFLAMATORIA  
2. NO INFLAMATORIA

PROSTATITIS  
INFLAMATORIA  
ASINTOMÁTICA



# PROSTATITIS AGUDA

- La prostatitis bacteriana aguda se define como la inflamación de la próstata asociada a infección del tracto urinario, probablemente por infección ascendente o por reflujo de la orina infectada hacia los conductos prostáticos.
- Más frecuente en la franja de edad 40-60 años
- *Pseudomonas aeruginosa* está estrechamente relacionada con la instrumentación urológica.
- Clínica: aparición aguda de fiebre, artromialgias, dolor suprapúbico o perineal, y síntomas del tracto urinario inferior, como disuria, orina turbia, aumento de frecuencia miccional, urgencia, cambios en calibre de flujo, dificultad para vaciar la vejiga e incluso retención urinaria
- **El tacto rectal no está contraindicado** (dolor, calor, edema...), pero sí el masaje (riesgo de bacteriemia).
- Diagnóstico: clínica + tacto rectal + hemograma (leucocitosis con desviación izquierda) + sedimento urinario (piuria +/- bacteriuria) + urocultivo (+ hemocultivos).



## Etiología

- **Prostatitis aguda:**
  - *Escherichia coli* 95 %.
  - Otros: *Klebsiella* spp., *Proteus* spp.

# PROSTATITIS AGUDA

TOMAR UROCULTIVO  
ANTES DE INICIAR  
TRATAMIENTO

PRUEBAS DE IMAGEN Y  
HEMOCULTIVOS NO  
NECESARIOS

TRATAMIENTO  
SINTOMÁTICO:  
AINE/ PARACETAMOL  
LAXANTES  
ALFABLOQUEANTES

TOMAR NUEVO  
UROCULTIVO UNA  
SEMANA DESPUÉS DE  
TERMINAR EL  
TRATAMIENTO

ANTIBIÓTICOS  
PAUTAS LARGAS

## Manejo empírico

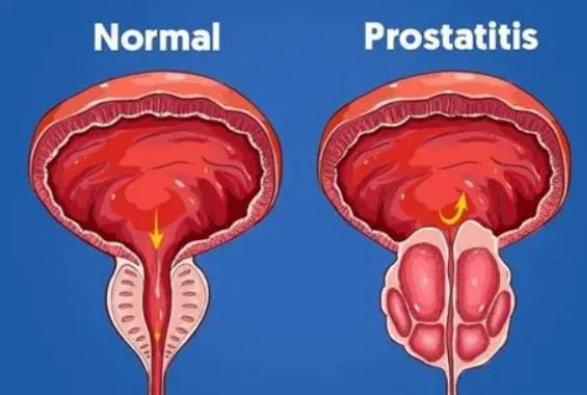
### Prostatitis aguda sin afectación del estado general

**Circunstancia modificadora:** prostatitis aguda sin afectación del estado general\*.

#### Tratamiento antibiótico:

- **Elección:** instaurar antibioterapia lo más precozmente posible:
  - **Ciprofloxacino**  ▼ oral, 500 mg cada 12 horas, 4 semanas<sup>8,14</sup> (GR B).
  - **Levofloxacino**  ▼ oral, 500 mg cada 24 horas, 4 semanas<sup>8</sup> (GR B).
  - **Cefixima**  oral, 400 mg cada 24 horas, 4 semanas<sup>8</sup> (GR B).
  - Estos antibióticos pueden ser combinados con un aminoglucósido<sup>8</sup>.
- **Alternativa:**
  - **Trimetoprim/sulfametoazol**  ▼ oral, 160/800 mg cada 12 horas, 4 semanas<sup>8,14</sup> (GR A).

# PROSTATITIS AGUDA



VALORAR PRUEBAS DE  
IMAGEN (ABSCESO  
PROSTÁTICO?)

CONSIDERAR TOMAR  
HEMOCULTIVO



Prostatitis aguda con afectación del estado general

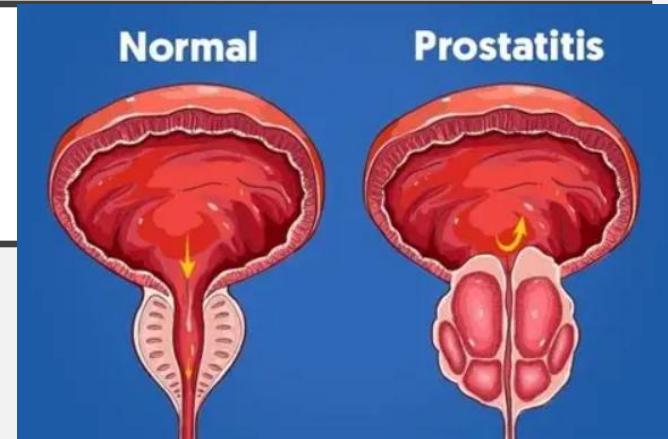
**Circunstancia modificadora:** prostatitis aguda con afectación del estado general\*.

**Tratamiento antibiótico:**

- **Elección:** derivación hospitalaria para tratamiento inicial intravenoso<sup>8</sup> (GR B).

# PROSTATITIS CRÓNICA BACTERIANA

- Persistencia de los síntomas más de 3 meses (causa frecuente de ITU de repetición en varón).
- Siempre **urocultivo previo a cada recaída** sintomática.
- Iniciar tratamiento empírico y modificarlo si procede según antibiograma.
- Mantener el **tratamiento** al menos **4 semanas**.
- Valorar pruebas de imagen (ECO, TC...)



## Prostatitis crónica bacteriana (>3 meses)

**Circunstancia modificadora:** prostatitis crónica bacteriana<sup>f</sup> (persistencia de los síntomas más de 3 meses).

### Tratamiento antibiótico:

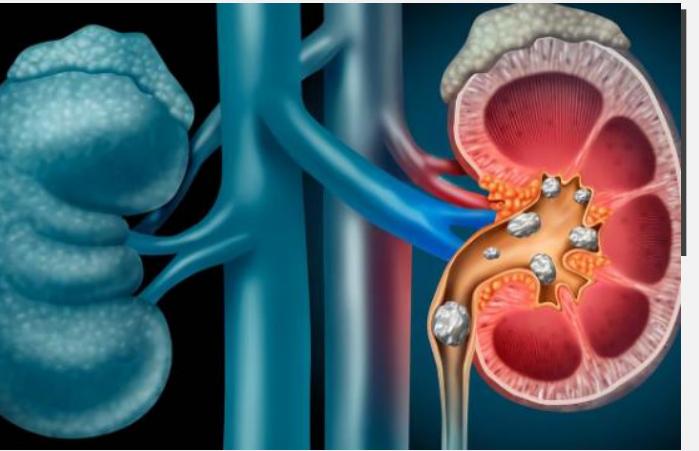
- Elección:

- **Ciprofloxacino** ▼ oral, 500 mg cada 12 horas, 4-6 semanas<sup>7,8,13,14</sup> (GR A).
- **Levofloxacino** ▼ oral, 500 mg cada 24 horas, 4 semanas<sup>8</sup> (GR C).

- Alternativa:

- **Trimetoprim/sulfametoxazol** ▼ oral, 160/800 mg cada 12 horas, 4 semanas<sup>7,8</sup> (GR B).

# PIELONEFRITIS AGUDA



- Clínica: fiebre de  $>38^{\circ}\text{C}$ , escalofríos, dolor en flanco, puño percusión positiva, náuseas y vómitos, acompañado o no de síntomas de infección de vía urinaria baja.
- Para el tratamiento empírico se utilizan **antibióticos de amplio espectro**.
- Realizar **urocultivo pre-tratamiento**.
- El urocultivo post-tratamiento es innecesario en ausencia de síntomas.

## Tratamiento antibiótico:

- Elección: **cefixima** oral, 400 mg cada 24 horas, 10 días<sup>4</sup>. Para confirmar el tratamiento, guiarse por el resultado del antibiograma<sup>β</sup> (GR B).
  - Alternativa: alérgicos a betalactámicos: derivación hospitalaria<sup>ε</sup> (GR A).
- 
- Los pacientes alérgicos a betalactámicos requieren tratamiento con una dosis inicial de **gentamicina** iv, 240 mg asociada a **ciprofloxacino** ▼ oral, 500 mg cada 12 horas, 7 días (GR B)
  - **Revisar al paciente a las 48-72 horas**, si no mejora se planteará ingreso hospitalario.



**MITO !**

“LAS CISTITIS SE CONTRAEN POR ORINAR EN ASEOS PÚBLICOS”



Me gusta

Twittear

WHATSAPP

Incluida en el banco de preguntas el 25/04/2025. Categorías: Enfermedades Infecciosas, Urología .

## Aseos públicos e infección del tracto urinario.

La pregunta original del usuario era *"Respecto a los factores de riesgo de contraer una infección urinaria ¿existen evidencias sobre el riesgo de contagio de ITU por el uso de aseos públicos?, ¿existen a su vez evidencias respecto al mayor riesgo de ITU con la retención voluntaria de orina? Esto último en muchos casos con el fin precisamente de evitar orinar en un aseo público."*

“LAS CISTITIS SE CONTRAEN POR ORINAR EN ASEOS PÚBLICOS”



*No se ha identificado ningún documento que mencione el uso de baños públicos como un factor de riesgo para la infección del tracto urinario (ITU). Aunque la información disponible es escasa y contradictoria, algunos estudios sugieren que aguantar la orina, por ejemplo por evitar usar dichos servicios, podría relacionarse con la ITU.*

**No** se han localizado ningún sumario de evidencia (SE) ni guía de práctica clínica que mencione el uso de baños públicos entre los factores de riesgo de la ITU.

En cuanto a la retención voluntaria de orina, el **SE** de UpToDate sobre la cistitis de repetición de la mujer<sup>(1)</sup> hace referencia a un **estudio de casos y controles**<sup>(2)</sup> (229 vs 253 mujeres) estadounidense en el que no se identificó una asociación entre el hábito de retardar la micción y la ITU recurrente (datos disponibles en la tabla 2 del estudio).

En otro **estudio de casos y controles**<sup>(3)</sup>, estadounidense pero de menor tamaño (84 con ITU vs 84 sin ITU) y más antiguo, el 61% de los casos frente al 11% de los controles ( $P <0,001$ ) retenía la orina de forma voluntaria más de una hora tras sentir las ganas de orinar. Los motivos más frecuentes para retrasar la micción fueron sentir vergüenza en situaciones sociales, el rechazo al uso de baños públicos y tener que interrumpir las actividades en las que estaban participando.

“LAS CISTITIS SE CONTRAEN POR ORINAR EN ASEOS PÚBLICOS”

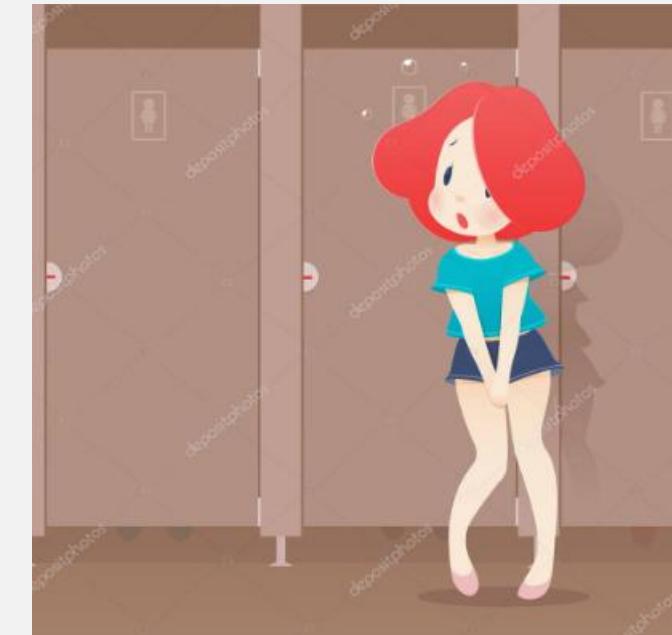


Además de los anteriores, se han encontrado varios **estudios transversales** que abordan estas cuestiones:

**PREEVID**  
RESPONDEMOS

- ✓ No encontró asociación entre la ITU recurrente y el uso de baños públicos un estudio estadounidense<sup>(4)</sup>. El 7,2% de las 114 mujeres que no limitaban el uso de baños públicos frente al 4% de las 297 mujeres que sí lo limitaban presentó ITU recurrente: OR de 1,28 (IC del 95% de 1,00 a 1,64).
- ✓ El segundo<sup>(5)</sup>, realizado en India, en el que participaron 417 mujeres en edad reproductiva, trabajadoras de una facultad privada de medicina, en la regresión logística no encontró asociación entre el uso de baños públicos y la ITU recurrente (odds ratio [OR] 1,078, intervalo de confianza [IC] del 95% de 0,727 a 1,598), aunque sí se relacionó la ITU recurrente con no limpiar el asiento del váter antes de usarlo (OR 1,654, IC del 95 % de 1,191 a 2,297). Este estudio sí que encontró asociación con el hábito de aguantar la orina (OR 2,795, IC del 95% de 1,689 a 4,625).
- ✓ El último, realizado en India<sup>(6)</sup>, con 778 mujeres de residencias universitarias, también encontró una asociación entre retrasar la micción y la ITU, con una OR no ajustada de 2.0 (IC del 95% de 1,2 a 3,3). El motivo más común para aguantar la orina entre las mujeres con ITU fue la poca higiene de los baños públicos.

“LAS CISTITIS SE CONTRAEN POR ORINAR EN ASEOS PÚBLICOS”



MITO !

Incluida en el banco de preguntas

fecciosas, Urologia .

## Aseos públicos e infección del tracto urinario.

La pregunta original del usuario era *"Respecto a los factores de riesgo de contraer una infección urinaria ¿existen evidencias sobre el riesgo de contagio de ITU por el uso de aseos públicos?, ¿existen a su vez evidencias respecto al mayor riesgo de ITU con la retención voluntaria de orina? Esto último en muchos casos con el fin precisamente de evitar orinar en un aseo público."*

“LAS CISTITIS SE CONTRAEN POR  
LLEVAR EL BAÑADOR MOJADO”



## MITO !

Respecto a los factores concreto cistitis aguda similar a la que se observa en las infecciones urinarias, en particular en las mujeres, no existe una evidencia de que permanecer tiempo prolongado en un bañador mojado aumente el riesgo de contraer dicha ITU?

En la búsqueda realizada en sumarios de evidencia clínica, guías de práctica clínica, revisiones y estudios primarios no se ha identificado ningún documento que aborde el posible papel del uso prolongado de un bañador mojado como factor de riesgo para las infecciones urinarias.

# Página de recursos

Fisterra



Guía terapéutica antimicrobiana del  
SNS (salud humana)

Herramienta para la ayuda a la prescripción en salud humana



Optimización del Uso de Antimicrobianos en Síndromes Infecciosos Comunitarios



# **Optimización del Uso de Antimicrobianos en Síndromes Infecciosos Comunitarios**

**GRACIAS POR SU ATENCIÓN**