

Cistitis aguda, eficacia clínica del tratamiento con fosfomicina

Roberto Artabe Noya¹, Begoña Hermida Parada²

¹ Médico PAC San Sadurniño

² DUE PAC San Sadurniño

Cad Aten Primaria
Ano 2012
Volume 18
Páx. 4-6

RESUMEN

Objetivos: Comprobar la eficacia y buena tolerancia de fosfomicina, en tratamientos de corta duración de la cistitis aguda.

Diseño: Estudio prospectivo longitudinal con una duración de tres meses.

Participantes: Muestra de 36 mujeres entre 16 años y sin límite de edad que acudieron a la consulta de un punto de atención primaria con un cuadro clínico de cistitis aguda.

Mediciones principales: Las pacientes recibieron un sobre de fosfomicina de 3 gr. cada 24 horas durante dos días, citándolas cuatro días después para evaluar la eficacia y tolerancia del fármaco, clínica y objetivamente, por las tiras reactivas.

Resultados: Se evaluaron 36 pacientes, predominando el grupo entre 16 y 35 años (47,22%), con una eficiencia clínica y objetivada mediante tira reactiva del 88,8%. **Conclusiones:** Entre 1995 y 2008, se mantiene la infrapresupuestación relativa de la atención primaria gallega respecto al promedio autonómico y respecto al propio sector hospitalario gallego, una infrapresupuestación que no muestra ninguno de los otros dos principales sectores funcionales (hospital y farmacia).

Conclusiones: En cistitis no complicadas se recomienda tratamiento corto y empírico con fosfomicina por:

- Buena eficacia clínica y buena tolerancia.
- Comodidad de la posología.
- Mejor cumplimiento del tratamiento.
- Menor coste.
- No necesidad de la realización de urocultivo.

Palabras claves: Cistitis aguda. Tratamiento empírico. Fosfomicina.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones del tracto urinario bajo no complicadas (tabla 1) son infecciones frecuentes tanto en el ámbito extrahospitalario como en el intrahospitalario. Son la segunda causa de enfermedades infecciosas atendidas por el médico de Atención primaria tras las infecciones del Aparato respiratorio¹, siendo su incidencia en España de un 13% de las infecciones comunitarias².

TABLA 1: Clasificación de las infecciones del tracto urinario*

Clasificación Anatómica
1. I.T.U. bajas: cistitis, uretritis no gonocócicas y prostatitis agudas.
2. I.T.U. altas: pielonefritis, pionefritis (absceso renal).
Clasificación por presencia o no de complicaciones:
1. Complicadas: cuando aparecen en niños, varones, embarazadas, portadoras de sondas urinarias ITU recurrentes y pacientes con alteraciones obstructivas, funcionales o estructuradas del tracto urinario.
2. No complicadas: no aparece ningún criterio anterior.

*Modificado de: Lorca González T. M. y Barceló Garach E. Infecciones urinarias en Atención primaria. Jano 2003; 64:1755-1757.

Dentro de las infecciones del tracto urinario bajo y no complicadas tenemos las cistitis agudas que podemos definir como la presencia de disuria intensa de aparición aguda que suele acompañarse de polaquiuria, tenesmo vesical y dolor suprapúbico. Puede existir febrícula y es relativamente frecuente la hematuria, siendo altamente específica de cistitis aguda frente a otras causas de disuria. Cabe efectuar el diagnóstico diferencial con las uretritis y la vulvovaginitis.

La detención precoz y el adecuado tratamiento van a poder minimizar tanto los costes humanos como los costes sociales de esta enfermedad tan frecuente.

El tratamiento de las infecciones urinarias no complicadas se puede

Correspondencia
Roberto Artabe Noya
Email: rartabenoya@yahoo.es

favorecer de las pautas cortas de tratamiento antimicrobiano que logran igual porcentaje de curación sin aumento significativo de recurrencias, favoreciendo el cumplimiento terapéutico con menos efectos secundarios y menos coste³.

Para ello debemos conocer los microorganismos causales más frecuentes de la infección de vías urinarias bajas no complicadas y la sensibilidad de los mismos, aislados en cada área sanitaria, puesto que puede haber importantes diferencias en las tasas y mecanismos de resistencia de una área geográfica a otra⁴.

En nuestra área de influencia (Área sanitaria de Ferrol) los patógenos predominantes son:

- Escherichia Coli (85%).
- Staphylococcus Saprophytus (15 – 20%)⁵

El objetivo del tratamiento debe ir encaminado a alcanzar una respuesta rápida y efectiva y la prevención de las recurrencias y de las resistencias. Por eso en nuestra área sanitaria se recomienda el uso de fosfomicina como tratamiento de elección en las cistitis agudas no complicadas puesto que el patógeno predominante es la Escherichia Coli y que tiene un porcentaje de sensibilidad del 99%⁶.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo longitudinal realizado en el Punto de Atención Continuada (PAC) de San Sadurni en su servicio de urgencias con una duración de tres meses.

La población a estudio está formada por mujeres mayores de 16 años y sin límite de edad que presentan un cuadro clínico compatible con cistitis aguda con un tracto urinario normal, sin alteraciones funcionales o anatómicas y con test positivo para leucocitos determinados por la tira reactiva Combur-test M (sensibilidad del 69-90 % y especificidad del 82-98%) y sin antibiototerapia previa.

Los criterios de exclusión se basan en la presencia de una o varias de las siguientes circunstancias puesto que pueden suponer un riesgo importante de complicación o hacer más difícil su manejo terapéutico:

- Presencia de catéteres permanentes.
- Obstrucción urinaria.
- Vejiga neurógena.
- Reflujo vesicoureteral.
- Anomalías anatómicas del tracto génito-urinario.
- Manipulación urológica reciente.
- Insuficiencia renal crónica.
- Inmunodepresión.
- Neoplasias avanzadas.
- Litiasis renal.
- Antecedentes de infecciones por gérmenes multiresistentes.
- Trasplante.

A todas las pacientes se las trató con fosfomicina trometanol 3gr. v. o. cada 24 horas durante 2 días y al cuarto día se les citó en urgencias para evaluar la evolución clínica y realizar nuevamente un test de control con tira reactiva combur-test M.

RESULTADOS

Se evaluaron 36 pacientes en la consulta de urgencias del PAC. Predominó el grupo de 16 a 35 años (47,22%). El 18,23% padecían alguna enfermedad crónica siendo la artrosis y la HTA las más frecuentes. La mayoría (61,55) ya habían tenido alguna vez un cuadro de cistitis aguda, casi todos los pacientes (91,67%) presentaban como síntoma principal alguno de los siguientes: disuria (96%) y/o polaquiuria (91,77), acudiendo tres (8,33%) por dolor abdominal suprapúbico inespecífico. El 100% tenían leucocitos en orina (según tira reactiva) presentando nitritos el 27,7% y hematuria el 36,11%.

Tras el tratamiento y realizada tira de control, el 88,8% presentaba tira negativa y no refería clínica, el resto (11,2%) presentaba algún síntoma clínico o tira reactiva positiva.

Ninguna de las usuarias consultadas presentaba molestias gastrointestinales.

DISCUSIÓN

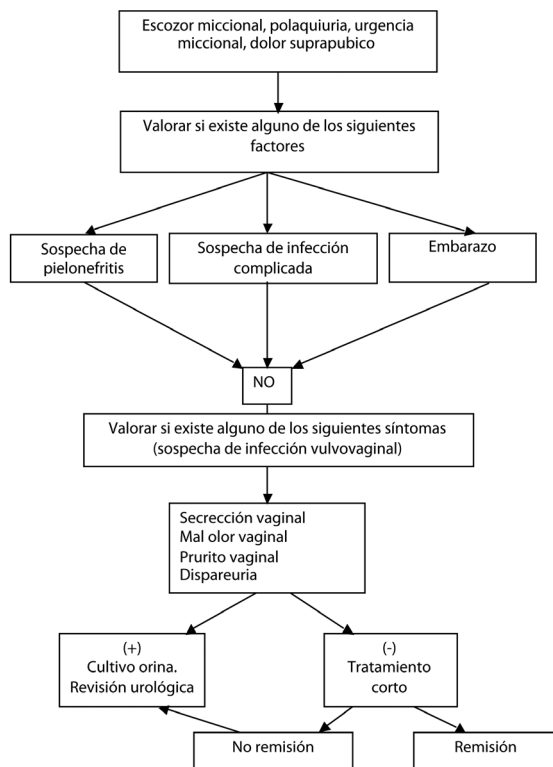
Se ha planteado un estudio prospectivo longitudinal de una duración de tres meses para comprobar la eficacia y buena tolerancia del tratamiento empírico con fosfomicina en infecciones del tracto urinario.

El tratamiento de una ITU debe basarse en factores dependientes del huésped y del microorganismo, siendo el objetivo del mismo la erradicación de la infección en la mucosa del tracto urinario inferior y de las clonas uropatógenas en la vagina y tracto gastrointestinal inferior, manteniendo intacta la flora vaginal normal.

Hemos tenido en cuenta las fases de resistencias bacterianas de los agentes etiológicos prevalentes en nuestra Área Sanitaria para explicar la pauta terapéutica más adecuada con un antibiótico de administración oral, de cómoda posología y de corta duración, lo que permite un fácil cumplimiento del tratamiento (para evitar resistencias bacterianas responsables de recaídas); Asimismo logramos una reducción de los efectos secundarios. Para ello hemos tratado las infecciones del tracto urinario bajo con fosfomicina, con una pauta corta de 3gr. cada 24 horas durante 2 días, logrando una tasa de curación en nuestro PAC del 88,8%. Otra ventaja a tener en cuenta con esta pauta corta es el coste de tratamiento, coste total más bajo si lo comparamos con los tratamientos tradicionales.

ESQUEMA GENERAL DEL ESTUDIO

Paciente con uno o varios síntomas



PUNTOS CLAVES

HECHOS CONOCIDOS

Las infecciones del tracto urinario bajo son la segunda causa de las enfermedades infecciosas atendidas por el médico de Atención Primaria. En nuestra Área Sanitaria los patógenos predominantes son:

- Escherichia Coli
- Staphylococcus Saprophytus

APORTACIONES DEL ESTUDIO

Pautas cortas de tratamiento por su tasa de curación, su buena tolerancia y su bajo coste farmacéutico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gomariz M., Vicente D., Pérez E. Infecciones urinarias no complicadas, Inf. Ter Sist. Nac. Salud. 1998; 22: 133-41.
2. Robles, J. Enrique. Las infecciones urinarias no complicadas en la mujer joven. El médico interactivo.
3. Rabanque Mallán G., Calvo Romero, A., García Domingo, C., López Plana, A., Redondo Sanchez J. Infecciones del tracto urinario. Manual de enfermedades infecciosas en Atención Primaria 2ª edición.
4. Andreú A., Alós J. L., Gobernado M., Marco F., del la Rosa M., García-Rodríguez J. 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. Clín. 2005; 23(1):4-9.
5. García Rodríguez, José F, Rodríguez Mayo, Mª., Sesma Sanchez, Pascual. Recomendaciones sobre terapia antibiótica empírica. Actualización Mayo 2005.
6. Informe de sensibilidad a antimicrobianos de bacterias aisladas en el año 2005. Servicio de Microbiología. Área Sanitaria de Ferrol.