

Pregunta 5: En pacientes con ITU no complicada, ¿cuáles serían las medidas más eficaces para prevenir la recurrencia de otro episodio de ITU?

Conceptos previos:

- La recurrencia de la ITU se define si se tiene 2 o más episodios en 6 meses; o 3 o más episodios en un año(17, 20)

Justificación de la pregunta:

- La prevención de la recurrencia de ITU evita la aparición de cepas resistentes, complicaciones relacionadas a la ITU y el uso indiscriminado de los antibióticos. Por otro lado, evita la ausencia laboral, además de los costos que conlleva tener episodios recurrentes de ITU.

Búsqueda de RS:

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de artículos científicos (Anexo N° 2), como se detalla en la sección de métodos. Se realizó una búsqueda de evidencia hasta el 31 de enero del 2018, usando en una primera etapa el buscador Pubmed y EMBASE, con la finalidad de recopilar artículos que evalúen diferentes estrategias para la prevención de la recurrencia de episodios de ITU no complicada y las compare, no encontrándose evidencia suficiente actualizada y de calidad.

Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica:

Pregunta PICO	Paciente / Problema	Intervención / Comparación	Desenlaces de la intervención
5	Población adulta con ITU no complicada	Intervención para prevención de ITU vs Cuidado habitual	<ul style="list-style-type: none"> • Recurrencia

Resumen de la evidencia:

En relación a medidas preventivas que no involucren el uso de antibiótico, no se encontraron estudios que comparen la eficacia en la prevención de ITU no complicada, por lo que se revisaron GPCs que recomiendan medidas preventivas (13, 16, 17, 20) y se discutió la opinión de expertos del GEG-Local, encontrándose que no tomar suficiente agua, higiene íntima excesiva, exceso de calor en zona genital y contener las ganas de orinar eran factores predisponentes a ITU(85), por lo que se debería educar al paciente para que evite dichos factores.

No se consideró la profilaxis antibiótica como medida de precaución debido al riesgo de resistencia antibiótica. Se encontró evidencia en una revisión sistemática en el año 2004(86), donde se encuentra que la profilaxis antibiótica por 6 a 12 meses podría ser mejor que el placebo, aunque dos de 19 estudios (n=1120 mujeres) no encontraron diferencia. Así mismo, hubo más eventos adversos en el grupo de profilaxis antibiótica.

En relación con la profilaxis post-coital esta revisión sistemática encontró un estudio que evaluó profilaxis con ciprofloxacino en diferentes dosis (continua vs dosis post-coital) no

mostrando diferencia (RR:0.93; 95%IC 0.13-6.40), y otro estudio que uso trimetoprima-sulfametoxazol como profilaxis post-coital (y que no fue incluido en la revisión sistemática)(87) encontró una reducción de episodios de recurrencia, pero en dicho estudio el tamaño de muestra fue pequeño (n=27). Todos los estudios primarios usan diferentes regímenes antibióticos y dosis, no habiendo un estándar terapéutico; además varios de estos estudios tienen más de 20 años de antigüedad y no consideran la tasa de cepas resistentes en la ITU que ocurre en la comunidad. Tampoco se toma en cuenta que esta terapia profiláctica debe darse solo en pacientes con ITU recurrente, bajo este criterio, los sujetos dejan de ser pacientes con ITU no complicada.

Asimismo, el incremento de cepas resistentes en infecciones adquiridas en la comunidad es un factor importante a tratar en la evaluación del uso racional de medicamentos. Un estudio publicado el 2015, encontró que en las ITUs de la comunidad evaluadas en pacientes ambulatorios del Hospital Nacional Cayetano Heredia el 40% de las cepas aisladas son *E. coli* productoras de beta-lactamasas(55). Otro estudio de ITU adquirida en la comunidad, realizado en pacientes del Hospital Edgardo Rebagliati Martins muestra una resistencia del alrededor del 70% a ciprofloxacino para *E. coli*, así como *E. coli* productoras de beta-lactamasas y resistente a ciprofloxacino con alrededor del 53%(53). En el Hospital Casimiro Ulloa se encontró también resistencias por encima del 40% a ciprofloxacino, norfloxacino, ampicilina y Trimetoprim-Sulfometoxazol (88), y en el Hospital Arzobispo Loayza se encontró una resistencia para *E. coli* de 25% para ceftriaxona y más del 60% para ciprofloxacina y gentamicina(78). Estos estudios, a pesar de no brindar evidencia de buena calidad para evaluar prevalencia en instituciones peruanas de una forma certera y con poco nivel de sesgo, indican un aumento de resistencia a antibióticos que usualmente se usaban para profilaxis antibiótica.

Otra de las intervenciones profilácticas revisadas fue el consumo de arándanos ("*cranberries*" en inglés). Una revisión sistemática publicada el 2017 con 7 ensayos aleatorizados (n=1498) encontró que el uso de arándanos podría ser beneficioso para prevenir ITU en mujeres sanas (RR: 0.74; 95% IC: 0.55-0.98; $I^2 = 54%$)(89), sin embargo, la mayoría de estudios (n=5) tienen tamaño de muestra pequeño y tienen alto riesgo de sesgo. Adicionalmente, la forma de presentación de los arándanos no era estándar (jugo, concentrado, tabletas, capsulas de harina) así como la dosis (500ml, 480ml, 240ml, 120ml) por lo que los estudios son heterogéneos y difícil de comparar.

Una revisión publicada en Cochrane el 2015 sobre el uso de probióticos como profilaxis en niños y adultos (9 estudios, n=735) no muestra diferencia en la prevención de ITU comparado con placebo, tampoco cuando se compara con profilaxis antibiótica(90). Esta revisión concluye que la calidad de evidencia no es buena, además de no encontrar evidencia suficiente sobre eventos adversos en el uso de probióticos.

En relación a vacunas, una revisión sistemática(91) incluye 4 estudios, que poseen un alto riesgo de sesgo y no son comparados con profilaxis antibiótica; ninguno de los estudios incluidos informa adecuadamente sobre los métodos de aleatorización; solo un estudio realiza análisis de intención a tratar. A pesar de encontrar una menor bacteriuria a 3 meses y a 6 meses, además de una menor frecuencia de disuria a 6 meses y episodio de ITU a 6 meses, el hecho que la calidad de los estudios primarios sea muy baja, hace que los mismos autores pongan en duda los resultados de este meta-análisis.

Planteamiento de puntos de Buena Práctica Clínica:

- El GEG-Local consideró que medidas preventivas más importantes para evitar una recurrencia se relacionan una adecuada higiene y evitar factores de riesgo para recurrencia de ITU (contenerse las ganas de orinar).
- El GEG-Local consideró también que si se presenta una recurrencia de ITU; el médico se debe valer de una anamnesis profunda y de exámenes auxiliares para identificar el motivo de tal recurrencia y descartar alguna complicación, a fin de conseguir una cura definitiva y evitar otra recurrencia de ITU.

Recomendaciones y puntos de buenas prácticas clínicas:

Puntos de buenas prácticas clínicas:

1. En todos las pacientes que sean tratados por ITU no complicada, se deben explicar los factores de riesgo de recurrencia a fin de evitarla. Estos factores son: no tomar suficiente agua, higiene íntima excesiva y contenerse las ganas de orinar.
2. Si se presenta recurrencia de ITU, se debe hacer una anamnesis a profundidad y exámenes auxiliares pertinentes, con el objetivo de identificar la causa y evitar otra recurrencia.