

INFECCIÓ DEL TRACTE URINARI

Pediatría d'Atenció Primària. Protocol revisat 2016

Hospital Sant Joan de Déu Barcelona: Dra. E. Bonastre, Dr. Juan A. Camacho

1. INTRODUCCIÓ

La infecció del tracte urinari (ITU) a l'edat pediàtrica es diagnostica a través d'un urinocultiu positiu. Són importants un correcte diagnòstic, tractament i maneig per, d'una banda, evitar dany renal, conseqüències a llarg termini (insuficiència renal, hipertensió arterial, etc.), descobrir anomalies del tracte urinari i, per altra banda, evitar tractaments i exàmens complementaris innecessaris derivats d'un diagnòstic erroni.

2. INDICACIÓ DE L'ANÀLISI D'ORINA

Realitzarem un anàlisi d'orina en les següents circumstàncies:

- Nens menors de 2 anys amb febre de més de 48 hores d'evolució sense focus
- Nens menors de 3 mesos amb febre major de 38°C rectal, rebuig d'aliment, vòmits o estancament ponderal.
- Antecedents d'uropatia, sondatge vesical o ITUs prèvies amb clínica compatible o febre sense focus.
- Nens amb clínica compatible (síndrome miccional, etc.)

3. TÈCNICA DE RECOLLIDA DE LA MOSTRA D'ORINA

La recollida d'orina, per a una correcta interpretació, es farà prèvia higiene de genitals externs amb aigua i sabó, sense antisèptic.

En la població infantil gran continent, es recollirà l'orina de la meitat del flux miccional, tenint cura de fer un descens del prepuci en el nen.

En població infantil no continent es farà el cribatge amb bossa adhesiva perineal, tenint en compte que només serà fiable un resultat negatiu. Si la tira reactiva o sediment resulten positius caldrà confirmació mitjançant tècnica estèril: en aquests casos derivarem a urgències pediàtriques on realitzaran un cateterisme vesical.

No hi ha diferències en la recollida en funció del sexe. S'ha de tenir en compte el canvi de bossa cada 30 minuts per evitar contaminacions.

4. CRITERIS DIAGNÒSTICS D'ITU

El diagnòstic de confirmació de la infecció d'orina, es basa en un urinocultiu positiu.

Urinocultiu positiu, segons mètode de recollida d'orina, serà:

- Bossa perineal → ≥ 100.000 UFC/ml (Unitats Formadores de Colònies)

- Meitat de micció → ≥ 100.000 UFC/ml
- Sondatge vesical → ≥ 10.000 UFC/ml
- Punció suprapúbica → qualsevol creixement bacterià

No s'hauria d'iniciar tractament només mitjançant tira reactiva prèvia, llevat que s'hagi guardat una mostra per urinocultiu.

5. CRITERIS D'INGRÉS HOSPITALARI

- Edat inferior a 2 mesos
- Edat entre 2 i 3 mesos
 - En general tractament ambulatori excepte:
 - Afectació de l'estat general, aspecte tòxic
 - Nivells de procalcitonina superiors a 0,6 mg/ml
- Edat > 3 mesos
 - En general tractament ambulatori
 - Criteris d'ingrés:
 - Afectació de l'estat general, aspecte tòxic
 - Vòmits o intolerància a la via oral
 - Deshidratació, mala perfusió perifèrica
 - Malformacions del sistema urinari: RVU (grau III o superior), uropatia obstructiva, displàsia renal, ronyó únic
 - Dificultat pel seguiment o cures deficientes
 - Immunodeficiència primària o secundària
 - Alteracions electrolítiques o de la funció renal.

6. TRACTAMENT DE LA ITU

Una pielonefritis no implica tractament via parenteral ni ingrés. Està comprovat que un tractament oral, en edat superior als 3 mesos, és igual de segur i efectiu que un administrat per via parenteral.

Idealment començarem el tractament quan abans millor per a disminuir el risc de cicatrius renals en ITUs altes i les molèsties en les ITUs baixes.

Es recomana el maneig de les ITUs del lactant major de 3 mesos de forma ambulatoria amb un antibiòtic oral adequat segons les sensibilitats del medi. D'elecció actualment **amoxicil·lina – clavulànic**, cefalosporines de 3^a o 2^a generació i, en casos seleccionats, nitrofurantoïna, fosfomicina.

La **duració del tractament** oscil·larà entre 5-7 dies en les ITUs de baix risc o cistitis i 7-14 dies en les ITUs d'alt risc o pielonefritis. En menors de 2 anys és recomanable realitzar tractaments prolongats i no pautes curtes.

En la **prevenció de les infeccions** d'orina cal tenir en compte tota una sèrie de mesures generals: augmentar la ingesta de líquids, miccions freqüents i completes (rentat vesical), evitar el restrenyiment, evitar la irritació genital, l'escassa o excessiva higiene, teixits sintètics, tractar vulvovaginitis, sinèquies, balanitis, fimosi, oxiuriasis...

Referent a la indicació de **profilaxi antibiòtica**: No indicada després d'un primer episodi d'ITU ni en ITUs recurrents.

7. ESTUDI I SEGUIMENT DEL CAS

No es recomana la repetició de l'urinocultiu en el curs del tractament, excepte si l'evolució és desfavorable.

Actualment es considera realitzar a qualsevol edat i en absència d'antecedent d'anomalia ecogràfica renal prenatal només un estudi ecogràfic renovesimal, idealment per APS. Si apareixen anomalies o es presenten noves ITUs estaria indicada la CUMS.

Derivar a Nefrologia quan l'ecografia detecta alguna anomalia, davant la presència de criteris de risc o davant la repetició de noves ITUs.

8. CRITERIS DE SOSPITA D'ITU ATÍPICA.

- Evolució atípica (febre > 48 h després de l'inici terapèutic)
- Existència de reflux vesico-ureteral (RVU) familiar
- Signes clínics de disfunció del tracte urinari inferior
- Palpació de masses renals o globus vesical
- Diagnòstic prenatal de dilatació del tracte urinari
- Creatinina elevada
- Bacterièmia
- ITU recurrent
- Germen diferent a E. Colli