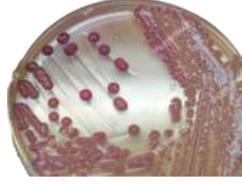


## MOTIVO DE CONSULTA

Disuria, tenesmo vesical y polaquiuria.



## ENFERMEDAD ACTUAL

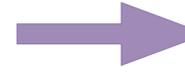
Mujer de 58 años que refiere clínica miccional (disuria, tenesmo vesical y polaquiuria) de 2 días de evolución. No fiebre no dolor suprapúbico ni otra clínica acompañante. Refiere que ya ha sufrido otros episodios similares que han sido tratados con fosfomicina 500mg o ciprofloxacino 750mg, siempre tras tener relaciones. El último episodio fue hace 3 meses tratado con ciprofloxacino.

## ANTECEDENTES

- **Antecedentes personales**
  - No factores de riesgo cardiovasculares conocidos.
  - **NAMC.** No fumadora, no bebedora, no otros hábitos tóxicos.
  - No cardiopatía ni broncopatía crónica conocida.
  - **Enfermedades Previas:** dermatitis atópica, cervicalgia, miodesopsias, ITUs de repetición, eccema seborreico, varices extremidades inferiores.
  - **Intervenciones quirúrgicas:** No IQx conocidas.
- **Antecedentes familiares**
  - No antecedentes familiares de importancia.

## PRUEBA COMPLEMENTARIA

Tira reactiva de orina



Leucocitos y nitritos positivos



## JUICIO CLÍNICO

Infección del tracto urinario

## TRATAMIENTO HABITUAL

- Sebiprox 15mg 1 comprimido cada 72h
- Inmunoférón 2-0-2
- Medias de compresión

## TRATAMIENTO

Fosfomicina 3G 1 sobra cada 24h durante 2 días

## EVOLUCIÓN

### Segunda consulta

Una semana después, la paciente acude a consulta presencial por persistencia de clínica a pesar de completar tratamiento previo. En esta ocasión comenzamos con tratamiento empírico con ciprofloxacino 750mg 1-0-1 durante 7 días.



### Tercera consulta

Tras una semana de tratamiento, y persistencia de síntomas, acude de nuevo a consulta. Se decide solicitar urocultivo pasadas dos semanas del tratamiento.

### Sesión clínica

Se presenta caso en sesión clínica del Centro de Salud por multiresistencia a antibióticos. Se decide en comité, por la sensibilidad a cefalosporina de tercera generación y, para evitar el tratamiento intravenoso, iniciar tratamiento combinado de fosfomicina + cefixima en pauta larga durante 10 días.

### Urocultivo

Klebsiella pneumoniae Más de 100.000 u.f.c./ml

Amoxicilina/ clavulánico	R
Amikacina	R
Ampicilina	R
Piperacilina/ tazobactam	R
Cefuroxima	S
Ciprofloxacino	S
Nitrofurantoina	R
Fosfomicina	S
Gentamicina	R
Cefotaxima	S

### Seguimiento

Tras el cese de la clínica y la negatividad de la prueba, consideramos la resolución del cuadro de infección de orina.

Orina (Micro)	
Orina: Urocultivo	
Urocultivo	< DE 10.000 col/ml.

## CONCLUSIÓN

- La resistencia antimicrobiana es un problema global creciente, que también afecta a los agentes etiológicos comunes de las infecciones del tracto urinario (ITU) y puede implicar mayor morbimortalidad sin un tratamiento adecuado.
- La creciente resistencia antimicrobiana ha afectado la evaluación y manejo de estos cuadros.
- Los principales factores de riesgo son la edad, la actividad sexual (mujeres jóvenes y postmenopáusicas), la diabetes y el antecedente de ITU previa.
- El agente etiológico más frecuente de ITU es *Escherichia coli*, seguido de *Proteus spp.*, *Klebsiella spp.*, y otras enterobacterias, además del *Staphylococcus saprophiticus*.
- Existe un aumento progresivo de la resistencia antimicrobiana a nivel global con variaciones geográficas, debido al sobreuso o uso inadecuado de antibióticos. Esto también afecta a las enterobacterias, agentes etiológicos más frecuentes de las ITU.
- La resistencia a quinolonas supera el 20% de las cepas estudiadas, seguida por la resistencia a cefalosporinas (cerca al 20%) y en menor grado, a aminoglicósidos. En especial, para *E. coli* como agente etiológico de ITU como para otras infecciones urológicas, la resistencia a cefuroxima puede llegar al 35% en nuestro medio. Preocupante resulta el hecho de la aparición de resistencia a antibióticos considerados de reserva o última línea disponible, como los carbapenémicos.