

L. Moral Gil

An Esp Pediatr 1997;47:85-86.

Sr Director:

He leído con mucho interés los dos artículos referentes a la detección de la infección urinaria en el lactante del número de Agosto de 1996 de *Anales Españoles de Pediatría*^(1,2). De su lectura conjunta parecen concluirse tres puntos:

1) La inutilidad del despistaje sistemático mediante tira de orina en el lactante asintomático.

2) La necesidad de estudiar a los lactantes con clínica sospechosa, especialmente fiebre, vómitos y estancamiento ponderal, o pertenecientes a grupos de riesgo, mediante tira de orina o, preferentemente, con urocultivo recogido meticulosamente con bolsa perineal, con buenos valores predictivos positivo y negativo para los crecimientos de más de 100.000 unidades formadoras de colonias (UFC) de un solo germen por ml de orina.

3) La conveniencia de confirmar la infección urinaria mediante punción suprapúbica para evitar intervenciones innecesarias.

En nuestra consulta de pediatría venimos actuando de acuerdo con los dos primeros puntos durante los últimos 3 años, estudiando mediante urocultivo a los lactantes con clínica compatible de infección urinaria, especialmente en el primer episodio febril sin foco concluyente. Los pacientes menores de 2 años de edad son remitidos con sus madres a la mañana siguiente al laboratorio de referencia, situado en un marco extrahospitalario, donde el personal de enfermería especialmente dedicado a ello se encarga de efectuar la recogida de orina mediante bolsa perineal.

Hemos recopilado los datos sobre urocultivos en los dos primeros años de vida de los niños nacidos entre el 1 de octubre de 1992 y el 30 de septiembre de 1996 y atendidos en nuestra consulta que cumplieron dos requisitos: 1) ser atendidos por primera vez antes de los 6 meses de edad, y 2) acudir con una regularidad mínima que se cifró en al menos cinco visitas. De los 207 pacientes resultantes se excluyó únicamente una niña afectada de mielomeningocele con vejiga neurógena y sondajes uretrales intermitentes quedando el grupo de estudio constituido por 206 niños de los que 93 (45%) habían sido estudiados durante los dos primeros años de vida con al menos un urocultivo y su resultado constaba en la historia clínica. De ellos, en 74 casos (80%) el primer urocultivo (muchas veces el único) había sido

Utilidad de la recogida de orina mediante bolsa perineal para urocultivo en el lactante: Todo depende del cuidado con que se haga

Tabla I Resultados de 88 urocultivos en lactantes menores de 2 años con síntomas inespecíficos compatibles con infección urinaria

| | |
|---|----|
| Cultivos negativos | 80 |
| Cultivos contaminados | 3 |
| Cultivos con < 10 ⁵ UFC/ml | 4 |
| Cultivos con > 10 ⁵ UFC/ml | 1 |

Considerando que la sensibilidad del método es del 100%⁽²⁾, y que ningún caso padeció una infección de orina (ver texto), la especificidad fue del 91% cuando se consideró falso positivo cualquier crecimiento de gérmenes y del 99% para los recuentos superiores a 10⁵ UFC/ml.

solicitado desde la consulta. El resto correspondía en su mayoría a ingresos hospitalarios.

En total, se han podido recopilar 88 urocultivos solicitados en estos niños desde nuestra consulta y estudiados en nuestro laboratorio de referencia, incluyendo los cultivos repetidos en lactantes que ya tenían un estudio anterior siempre que no se realizara como control de un resultado positivo o dudoso previo. De estos cultivos, 45 correspondieron a varones y 43 a hembras. Los resultados se muestran en la tabla I. En todos los casos de cultivos contaminados o con crecimiento inferior a 10⁵ UFC/ml el sedimento era normal y un urocultivo de control posterior resultó negativo, correspondiendo a 6 hembras y un varón, no requiriendo tratamiento ni estudio nefrourológico. El paciente con más de 10⁵ UFC/ml de *Klebsiella oxytoca* era un varón con vómitos cuya orina había sido recogida por la madre y que a la llegada del cultivo, con un sedimento de orina normal, estaba asintomático. Se repitió el estudio que mostró el mismo resultado por lo que se trató con amoxicilina-clavulánico según antibiograma durante una semana. El urocultivo de control mostró crecimiento de 90.000 UFC/ml del mismo germen y con el mismo patrón de sensibilidades en el antibiograma por lo que se repitió el tratamiento con el mismo fármaco a dosis doble de lo habitual. En el cultivo de control crecieron 50.000 UFC/ml del mismo germen. En todos los casos el sedimento de orina era normal y el niño seguía totalmente asintomático. Ante la sospecha de colonización prepucial se instauró tratamiento con mu-

Centro de Salud Ciudad Jardín. Alicante.

Correspondencia: L. Moral Gil. C./ de la Dorada, nº 6 pta. 49. 03540 Playa de San Juan. Alicante.

pirocina tópica con negativización del cultivo tras dos días de suspender este tratamiento. No se consideró preciso el estudio nefrourológico. La especificidad del método (Tabla I) fue muy superior a la observada en un Servicio de Urgencias⁽²⁾.

En conclusión, la práctica del cultivo de una muestra de orina recogida por bolsa perineal en el lactante menor de 2 años es un método altamente sensible y específico para detectar infecciones urinarias cuando es realizado por personal cualificado. Quiero mostrar mi gratitud hacia las enfermeras y demás personal del laboratorio de referencia que tienen el mérito de ofrecernos a mis pacientes y a mí estos resultados, con el consiguiente

ahorro de tratamientos, ingresos hospitalarios, punciones suprapúbicas, estudios radiológicos y las molestias y costes que ello origina.

Bibliografía

- 1 Piñero E, Plaza J, Muñoz E. Valoración del análisis sistemático de orina en el lactante sano. *An Esp Pediatr* 1996; **45**: 140-142.
- 2 Benito J, Sánchez J, Mintegui S, Montejo M. Infección urinaria en el lactante: Comprobación por punción suprapúbica del rendimiento del cultivo de orina obtenido por bolsa perineal. *An Esp Pediatr* 1996; **45**: 149-152.

J. Benito Fernández

An Esp Pediatr 1997;47:86-87.

Sr. Director:

En respuesta a la carta publicada en su revista, *Anales Españoles de Pediatría*, titulada «**Utilidad de la recogida de orina mediante bolsa perineal para urocultivo en el lactante. Todo depende del cuidado con que se haga**», paso a hacer los siguientes comentarios.

1. Siempre es de gran interés cualquier aportación casuística sobre un aspecto tan controvertido como es el método de recogida de muestras de orina en el lactante. Estoy totalmente de acuerdo con el Dr. Moral en que el rendimiento del urocultivo recogido mediante bolsa perineal⁽¹⁾, depende en gran parte de la meticulosidad del técnico. En nuestra experiencia, una técnica más cuidadosa puede evitar hasta un tercio de las contaminaciones de la muestra. Otro aspecto que puede mejorar el rendimiento del urocultivo de bolsa, es la recogida de tres muestras consecutivas, dando valor a la 3ª muestra. En nuestro medio, Urgencias, es difícil esta última técnica, pero la utilizamos ocasionalmente, con buenos resultados, cuando no es posible realizar una punción suprapúbica. De todos modos hay aspectos metodológicos en el estudio del Dr. Moral que me gustaría comentar.

2. No son claros, o al menos atípicos, los criterios de selección de la población estudiada. El autor no especifica cual fue el motivo clínico para la recogida de urocultivo, atendiendo únicamente al criterio de frecuentación a su consulta. Quizás este

Infección del tracto urinario en el lactante. El método de recogida de la muestra de orina para urocultivo debe ser individualizado

aspecto condicione la no existencia de infección del tracto urinario (ITU) en la población estudiada, durante los cuatro años a los que se hace referencia.

3. La población que presenta el Dr. Moral no es comparable en absoluto, a la reflejada en nuestro estudio. La posibilidad de demorar la toma de urocultivo 24 horas, habrá excluido, probablemente, de su estudio a los pacientes de mayor riesgo; es decir, los lactantes febriles y/o urópatas en los que se sospecha ITU, en los cuales la toma de muestra de orina no es diferible en estos pacientes, en los que es más frecuente la presencia de falsos positivos.

4. Además de las limitaciones que presenta el análisis retrospectivo de los datos, en bioestadística la validez de un test de screening de una enfermedad, depende, en gran parte, de la prevalencia de la misma en la población estudiada. Un test con una alta sensibilidad y especificidad, es de escasa utilidad, es decir, bajo valor predictivo positivo (VPP), cuando la prevalencia de la enfermedad es muy baja. Este hecho es patente en el estudio del Dr. Moral, en el que no conocemos el VPP del urocultivo recogido mediante bolsa perineal en su medio.

Para finalizar, quiero recordar que el método de recogida de orina en el lactante con sospecha de ITU, debe ser individualizado a cada situación. Mientras que en los pacientes de bajo riesgo puede ser útil la recogida inicial mediante bolsa perineal con técnica meticulosa, en el lactante con posibilidad de complicaciones, lactante febril, sobre todo si es < 3 meses de edad, y

Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Baracaldo, Vizcaya.