

los que presentan uropatía previa, sólo la recogida mediante punción suprapúbica nos dará un diagnóstico seguro que evitará tratamientos y estudios innecesarios.

Agradeciendo esta nueva oportunidad de poder opinar sobre un tema tan apasionante, reciba un cordial saludo.

---

A. González de Aledo Linos

*An Esp Pediatr* 1997;47:87.

*Sr. Director:*

He leído con interés el trabajo de E. Piñero Martínez y cols. referente al screening de patología nefrourológica en 288 lactantes mediante tira reactiva<sup>(1)</sup>, y como la experiencia de mi Servicio nos ha llevado a conclusiones diferentes sobre el mismo tema<sup>(2)</sup> me gustaría hacer los siguientes comentarios:

En primer lugar, los autores han realizado el estudio en lactantes de un mes de edad, por lo tanto con niños más próximos a lo que se conoce como «recién nacidos» que como «lactantes». Esto hace que sus conclusiones no sean absolutamente extrapolables a los lactantes en general, por las diferencias fisiológicas que muy bien explican en la discusión. Ningún programa de atención al niño sano recomienda el screening con tira reactiva a una edad tan precoz, siendo lo más habitual ubicar el primer screening alrededor de los 5 meses.

En segundo lugar, parece deducirse del texto que realizan el diagnóstico de ITU ante cualquier cultivo positivo de orina, y no especifican la técnica de recogida. Está ampliamente reconocido que el diagnóstico de bacteriuria asintomática mediante bolsa requiere tres urocultivos sucesivos con crecimiento de más de 100.000 UFC/ml del mismo germen, y que la recogida debe realizarse previo lavado antiséptico y aclarado abundante de los genitales y sustituyendo la bolsa cada 15-30 minutos si no se ha producido la micción. No respetar estos criterios conduce a un exceso de diagnósticos de ITU que, por un lado, medicalizan excesivamente las situaciones fisiológicas, provocan estudios diagnósticos innecesarios y reducen el valor predictivo positivo de la ITU como marcador de nefrouropatía, que es el objetivo último del screening. En nuestra experiencia

---

Pediatra. Servicio de Puericultura de la Dirección Regional de Sanidad de Cantabria.

## Bibliografía

- 1 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.

## Acerca del *screening* de orina en el lactante sano

con 1.835 muestras de orina de 1.251 lactantes entre 5 y 18 meses, respetando los criterios expuestos, encontramos un 5,7% de ITU entre los niños y niñas con tira reactiva patológica (frente a un 14,7% en el estudio de Piñero y cols.), y un 25% de nefrouropatías entre los niños y niñas con ITU (frente a un 11% en el estudio de Piñero y cols.). Por otra parte, en nuestro estudio la prevalencia de ITU en la población estudiada fue del 1,2% (lo que coincide con lo descrito en la bibliografía), mientras que en la serie de Piñero y cols. fue del 3,1% (más del doble), lo que apoya mi impresión de que se ha producido un sobrediagnóstico de ITU.

Como en ambos estudios el resultado final es que un 0,3% de la población estudiada, asintomática, tiene una nefrouropatía cuyo tratamiento precoz ha podido evitar las conocidas complicaciones renales del reflujo o de la obstrucción, la conclusión obvia es que ello puede conseguirse sometiendo a estudio ecográfico y cistográfico a muchos menos niños (un 60% menos, aproximadamente) si se respetan escrupulosamente los criterios diagnósticos y metodológicos de la bacteriuria asintomática.

Con estas premisas, desde mi punto de vista este screening está totalmente indicado en el control periódico del lactante sano.

## Bibliografía

- 1 Piñero Martínez E, Plaza Almeida J, Muñoz Hiraldo E. Valoración del análisis sistemático de orina en el lactante sano. *An Esp Pediatr* 1996;45:140-142.
- 2 Bonilla Miera C, Rollán Rollán A, González de Aledo Linos A. Detección de alteraciones nefrourológicas en el lactante mediante tira reactiva. Experiencia en una consulta de puericultura. *An Esp Pediatr* 1988;29:244-247.

*Sr. Director:*

Debo agradecer en primer lugar el interés de los Dres. Moral Gil y González de Aledo Linos en la lectura y comentarios de nuestro trabajo titulado «**Valoración del análisis sistemático de orina en el lactante sano**»<sup>(1)</sup>.

Con respecto a los comentarios a que hace referencia el Dr. González de Aledo Linos en su carta, referidos a un trabajo publicado por su grupo<sup>(2)</sup>, debemos aclarar que trabajos posteriores<sup>(3,4)</sup> han concluido que la realización de depistaje de infecciones urinarias en niños de cualquier edad asintomáticos no sirve más que para diagnosticar bacteriurias asintomáticas, que, prospectivamente no son las causantes de nefropatía crónica. Nuestro estudio, por tanto, únicamente ha servido para demostrar esta conclusión previa, incluso a pesar de su realización a una edad tan temprana como el mes de vida, momento en el que se realizaba según protocolo en nuestro Centro (con las salvedades que esto representa).

C.S. San Fernando II. Móstoles (Madrid)

## Réplica

Con respecto a las normas técnicas para la recogida de la muestra tanto para la realización de la tira reactiva como del urocultivo, fueron las admitidas internacionalmente en cuanto a la higiene previa y tiempo de mantenimiento de la bolsa.

Por lo tanto, creemos que debemos mantener la conclusión previa de que no es aconsejable realizar este screening en niños sanos asintomáticos, aun cuando conserva todo su valor en el paciente con clínica sospechosa de infección del tracto urinario, en el que sí es probable el desarrollo de nefropatía crónica.

## 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 Bonilla Miera C, Rollán Rollán A, González de Aledo Linos A. Detección de alteraciones nefrourológicas en el lactante mediante tira reactiva. Experiencia en una consulta de puericultura. *An Esp Pediatr* 1988;29:244-247.
- 3 Wettergen B, Hellström M, Stokland E, Jodal U. Six year follow up of infants with bacteriuria on screening. *Br Med J* 1990;30:845-848.
- 4 Avila Hernández JM. Bacteriuria asintomática. *Pediatría* 1991;72:29-31.