

Infección urinaria

La infección de vías urinarias se aplica a una amplia variedad de condiciones clínicas que varían desde la bacteriuria asintomática hasta la pielonefritis aguda. La IVU "no complicada" incluye cistitis aguda o pielonefritis aguda en pacientes no gestantes.

Recurrente: 3 o más episodios en los últimos 12 meses o 2 episodios en los últimos 6 meses.

Reinfección: Son cuadros de infección que por lo regular es ocasionado por otro germen.

Recaída: Bacteriuria posterior a un cuadro de IVU persistente y obedece al mismo germen.

Seguimiento: Evaluar la remisión de los síntomas clásicos de IVU a las 48 – 72 horas de haber iniciado el tratamiento antibiótico.

INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS

Sg o St de inflamación de las vías urinarias + evidencia de infección determinada por urocultivo positivo

ITU BAJA / CISTITIS 80%

- Sg y st >> disuria, polaquiuria, urgencia miccional, sin fiebre

ITU ALTA / PIELONEFRITIS 20%

- Dolor lumbar, fiebre, náusea y vómito

ITU

- **NO complicada** >> en mujer NO embarazada, sin alt anatómica ni comorbilidades
- **Complicada** >> **Hombres, embarazadas, alt anatómica, comorbilidad**

Bacteriuria asintomática: 2 urocultivos en mujer, 1 en hombres, con > 100,000 UFC o > 10,000 con catéter

EPIDEMIOLOGÍA

- Mujer
- 2da comorbilidad en mujeres
- 20-59 años 68% de los casos

ETIOLOGÍA

1. **E. coli**
2. *Klebsiella pneumoniae*
3. *S. aureus*

FACTORES DE RIESGO

- Anormalidad estructural
- Manipulación urinaria (sonda vesical)

CLÍNICA

2 o más síntomas solicitar **tira reactiva**

- **Disuria**
- **Polaquiuria**
- **Urgencia miccional**
- Hematuria
- Nicturia

DIAGNÓSTICO

Clínica + **Tira reactiva positiva - nitritos positivos** (80% de valor predictivo) >> **Iniciar tratamiento**

- **Solicitar cultivo en caso de.....**
 - Microorganismos **resistentes**
 - **Antibiótico 6 meses**
 - **No responde a tratamiento empírico**

- **Solicitar USG si hay.....**
 - Complicación
 - **Antecedente de pielonefritis, DM**, inmunocomprometidos
 - Antecedentes de **litos** u obstrucción
 - **Falla de respuesta al TX y los st persisten por más de 72 hrs**

TRATAMIENTO

Primera línea

1. **Trimetoprim / Sulfametoxazol** 160 mg/800 mg **C/12 hrs x 5 días** (E. coli resistente 33.6%)
2. Monohidratado de **Nitrofurantoina** macrocristales **100 mg VO C/12 hrs x 5 días**
 - a. Macrocristales de nitrofurantoína 50-100 mg VO C/6 hrs x 5 días

Segunda línea (iniciar después de 48 hrs después de primera línea y NO ver mejoría o cuando hay contraindicación)

1. Fosfomicina trometamol 3 Gr DU
2. Amoxicilina (solo en tx dirigido) resistente a E. coli 52.8%
3. Amoxi / Ac clavulanico

Tercera línea

1. Ciprofloxacino >> antibiograma
2. Fluoroquinolona >> C. difficile

RECOMENDACIONES

- **Fenazopiridina** se puede utilizar para **disminuir los síntomas** (pinta la orina de naranja)
- Micción post coito
- Hidratación 1.5 litros

Pielonefritis aguda

Inflamación del **parénquima** y **sistema colector** secundario a proceso **infeccioso** que se corrobora con **urocultivo > 100,000 UFC** y **síntomas compatibles**

No complicada: E.coli, sin comorbilidad y función renal normal

Complicada: patógeno atípico, embarazadas, alteraciones anatómicas, comorbilidades

Considerar en paciente con disuria y polaquiuria con: fiebre, náusea, vómito, dolor lumbar o hiperestesia en el ángulo costovertebral.

ETIOLOGÍA:

- E. coli 80%

CLÍNICA

- Fiebre > 38°C
- Náusea y vómito
- **Dolor lumbar** (giordano positivo)

DIAGNÓSTICO

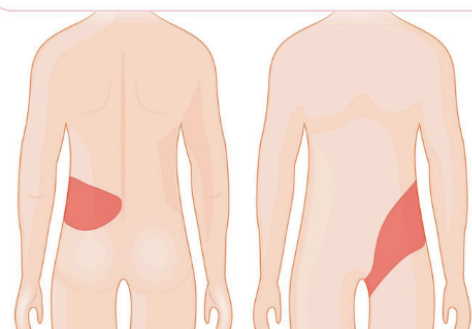
- Urocultivo antes de Tx
- USG >> si es complicada > 72 hr y no responde a tx



Hospitalizar

Se recomienda hospitalizar cuando presente:

- Estado de choque.
- Sin mejoría de a las 72 horas de iniciar antibiótico.
- Deshidratación.
- Intolerancia vía oral.



TRATAMIENTO:

1. **Ciprofloxacino** 1 gr VO C/24 hrs x 5-7 días
2. **Levofloxacino** 750 mg C/24 hrs x 5-7 días

Resistente a E. coli

- **Ceftriaxona** o Aminoglucósido (**Amikacina** o gentamicina)

Proteus:

- Cefalosporina 3ra generación vía parenteral (**Cefotaxima** o Cefixima)

Klebsiella Aminopenicilina con **inhibidor de betalactamasa**

No mejora 72 hrs después de iniciar TX >> **hospitalizar** y dar **TX IV**

- **Fluoroquinolonas (ciprofloxacino)**
- Aminoglucósidos con o sin ampicilina
- Cefalosporina o penicilina con o sin aminoglucósido
- Carbapenem

TRATAMIENTO EN HOMBRES >>> Durante 2 semanas mínimo preferente con **fluoroquinolonas (ciprofloxacino)** >> porque la facilidad de penetrar a la próstata

Prostatitis aguda

La infección de la glándula prostática caracterizada por síntomas locales (disuria, frecuencia de micción, dolor suprapúbico, pélvico y perineal) además de sistémicos (fiebre, escalofríos, malestar general y mialgias), la bacteria más asociada es E. Coli.

Epidemiología

A pesar de que la frecuencia reportada es baja (2 a 5%), eventualmente llegar a ser una infección sistémica grave.

F. de riesgo

- Crecimiento prostático obstructivo.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Síntomas del tracto urinario inferior.
- Manipulación del tracto urinario.
- Estenosis de uretra o fimosis.
- Proctitis y epididimitis.

Hasta el 27.5% de casos tiene el antecedente de manipulación del tracto urinario inferior, en su mayoría biopsia de próstata.



Clínica

- Síntomas locales: disuria, frecuencia de micción, dolor suprapúbico, pélvico y perineal. No realizar masaje prostático.
- Síntomas sistémicos: fiebre, escalofríos, malestar general y mialgias.

R

Debe suspenderse la exploración de la próstata en el momento en que se identifique dolor, aumento de la temperatura o crepitación.

Oxford: C

Diagnóstico

- **Primera elección:** Historia clínica.
- USC pélvico: Indicado en síntomas severos de obstrucción o de retención urinaria.
- USC Transrectal o TAC: Indicado en pacientes refractarios o absceso.

Realizar: Biometría, ECO, urocultivo y hemocultivo.

Tratamiento

El tratamiento es con altas dosis de antimicrobianos vía oral, se requiere hasta 4 semanas de duración para disminuir el riesgo de prostatitis crónica bacteriana.

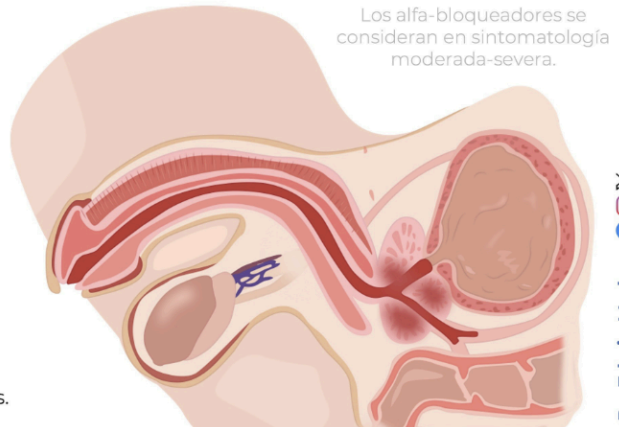
E

Se recomiendan aminoglucósidos combinados con cefalosporinas de amplio espectro o ampicilina como el tratamiento de primera línea.

Oxford: 2

Hospitalización

- Se recomienda hospitalizar en:
- Fiebre.
 - Vómito prolongado.
 - Deshidratación severa.
 - Taquipnea.
 - Taquicardia.
 - Datos de sepsis.
 - Diabéticos.
 - Inmunosuprimidos.



Los alfa-bloqueadores se consideran en sintomatología moderada-severa.

Dr. Edwin Madera

DOLOR SUPRA PUBICO Y FIEBRE

TRATAMIENTO >>> durante 4 semanas

Quinolonas (**Ciprofloxacino** 1 gr vo c/24 hrs)