

Signos clínicos sugestivos: disuria, tenesmo, oliguria, lumbalgia, polaquiuria, incontinencia, irritabilidad, dolor abdominal, con o sin fiebre.

- Evalúe.

Estado general del paciente  
Signos de respuesta inflamatoria  
sistémica (clínicos: fiebre,  
taquicardia).

Técnica de toma de muestra de orina: control de esfínteres, edad, estado clínico, disponibilidad.

Micción espontánea >2 años, sonda vesical. Las muestras tomadas con bolsa recolectora carecen de valor

Siempre solicite parcial de orina  
con tinción de Gram

**Factores de riesgo para ITU:** infecciones previas, diagnóstico prenatal de malformaciones del tracto urinario, antecedente de reflujo vesicoureteral o enfermedad renal, disfunción del tracto urinario inferior, estreñimiento, aumento de la capacidad vesical, alteración de la columna vertebral, hipertensión arterial.

### ¿Aislamiento BLEE en los últimos 3 meses?

No

Si

Buen estado general

Mal estado general

Buen estado general

Mal estado general (sin sospecha de neuroinfección)

Hemograma, PCR  
Urocultivo  
Urocultivo en todo paciente  
menor a 3 meses

Hemograma, PCR  
Urocultivo  
Hemocultivo  
Solicite exámenes adicionales  
según el paciente y criterio  
médico

Hemograma, PCR  
Urocultivo  
Hemocultivo en todo paciente  
menor a 3 meses

Urocultivo  
Hemocultivos  
Individualizar laboratorios  
adicionales

## Tratamiento empírico

Cefazolina 100 mg/kg/día l  
cada 6 a 8 horas.  
ó  
Cefalexina 100 mg/kg/día  
VO cada 6 a 8 horas  
(tolerancia VO).

Cefazolina 150 mg/kg/día IV  
cada 6 a 8 horas.

Amikacina 15 mg/kg/día IV  
cada 24 horas (sin nefropatía  
de base).  
ó  
Ertapenem 15 mg/kg/dosis  
cada 12 horas SÓLO si hay  
nefropatía de base.

Individualizar el uso de amikacina.  
ó  
Ertapenem 15 mg/kg/dosis cada 12 horas  
ó  
Meropenem SOLO en caso de inestabilidad hemodinámica, choque.

### Recuerde:

1. NO requiere urocultivo de control SALVO en casos de MDR (con resistencia a tratamiento actual) y sospecha de falla clínica o necesidad de procedimiento urológico.
2. Desde las primeras 24 a 48 horas según evolución (tolerancia a la vía oral, espaciamiento de la fiebre, menor intensidad en alzas térmicas entre otros) se podrá considerar ajuste de terapia a la vía oral y de acuerdo al caso, manejo ambulatorio.
3. La resistencia durante el tratamiento es excepcional, por lo que en caso de persistencia de fiebre con aislamiento conocido NO SE DEBE modificar el espectro antibiótico. Es necesario buscar otro foco que explique el deterioro infeccioso. En caso de absceso renal la fiebre puede durar 1 a 2 semanas
5. La ceftriaxona se reserva para tratamiento dirigido según patrón de resistencia sin alternativa de tratamiento oral o aquellos en los que el microorganismo sea sensible pero haya sospecha o confirmación de neuroinfección concomitante (cefazolina no penetra adecuadamente a SNC).
6. Pida apoyo a infectología para el tratamiento de ITU atípica o complicada.

### Tratamiento dirigido (Enterobacterias, E.coli):

	Antibiograma		Fenotipo	Recomendaciones
Escenario 1	Ampicilina Inhibidores Cefazolina	Sensibles	Natural	Prefiera el menor espectro posible. Considere el tratamiento vía oral con amoxicilina, cefalexina.
Escenario 2	Ampicilina Inhibidores	R	IRT	Prefiera el menor espectro posible. Puede continuar con cefazolina en caso de haberlo iniciado como empírico. Considere el tratamiento vía oral con cefalexina.
	Cefazolina	S		
Escenario 3	Ampicilina Inhibidores Cefazolina	R	BLEA	Si el empírico es cefalexina/cefazolina con evolución clínica favorable, no cambie el espectro. En caso de evolución no favorable (persistencia de la fiebre), considere antibióticos de otras familias según antibiograma (aminoglucósidos, TMP-S). En caso de bacteriemia, use ceftriaxona con la asesoría de infectología.
	Cefuroxima Ceftriaxona	S		
Escenario 4	Ampicilina Cefazolina Ceftriaxona Cefotaxime Cefepime	R	BLEE	BLEE no es sinónimo de carbapenémicos, excepto cuando hay bacteriemia o neuroinfección. Considere antibióticos de otras familias según antibiograma (aminoglucósidos en ausencia de falla renal ó TMP-S). Ertapenem reservado para bacteriemia, meropenem restringido para bacteriemia y choque, guiado por infectología.
	Carbapenémicos	S		

- Clave: la resistencia a aminoglucósidos se interpreta de manera directa del antibiograma, si es resistente a amikacina pero sensible a gentamicina, este último fármaco sigue siendo opción terapéutica.
- No se recomienda el tratamiento de bacteriuria asintomática excepto si va a realizar manipulación de la vía urinaria o en gestantes.
- En este algoritmo no se incluyen pacientes con infecciones asociadas a la atención en salud, asociadas a sonda vesical.

## Imágenes

**Ecografía:** primer episodio, afectación sistémica grave, ausencia de mejoría >48 horas, ecografía obstétrica alterada, masa abdominal, aumento de la creatinina, desequilibrio electrolítico, microorganismo diferente a E.coli, ITU recurrente.

**CUGM:** dilatación del tracto urinario antenatal o postnatal, cicatrices renales, engrosamiento de la pared vesical, signos de uropatía obstructiva o anomalías en DMSA e ITU recurrente.

**DMSA:** ITU febril, recurrente, evolución tórpida, sepsis, ITU atípica, ecografía o CUGM anormal.

## Criterios de hospitalización

Menores de 6 meses. Persistencia de la fiebre posterior a 48 horas de tratamiento indicado. Afectación del estado general, aspecto tóxico. Vómito o intolerancia a la vía oral.

Deshidratación y/o mala perfusión periférica. Alteraciones electrolíticas o de la función renal. Deficiencias en el cuidado por parte del cuidador o dificultad para el seguimiento.

### Duración de tratamiento

Cistitis 3 a 5 días  
Pielonefritis 5 a 7 días

## Profilaxis

Alteración ecográfica, mientras terminan estudios;  
RVU > grado IV: ITU recurrente con RVU I a III