

TRATAMIENTO EMPÍRICO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO

- ✓ Bacteriuria asintomática
- ✓ Cistitis NO complicada
- ✓ Cistitis complicada
- ✓ ITU asociada a catéter
- ✓ Pielonefritis aguda
- ✓ Sepsis urinaria / shock séptico
- ✓ Prostatitis aguda
- ✓ Epididimitis / Orquiepididimitis

CLÍNICA:

- Sin fiebre: cistitis y bacteriuria asintomática
- Con fiebre: pielonefritis aguda, prostatitis aguda, absceso...

ETIOLOGÍA:

- Enterobacterias (>95%):
 - *E. coli* (>80%): >20% de las cepas en nuestro medio son resistentes a quinolonas
 - *Klebsiella* spp.
 - *Proteus* spp.
- *Pseudomonas aeruginosa*: en pacientes graves
- *Enterococcus* spp.
- Estafilococos coagulasa-negativos: *S. saprophyticus*
- *Streptococcus agalactiae*
- Si riesgo de ETS: *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*...

Factores de riesgo para *Pseudomonas aeruginosa* o BLEE:

- Ingreso previo / institucionalización
- Colonización o aislamiento previo
- Contacto estrecho con portador
- Tratamiento antibiótico en meses previos
- Hemodiálisis, ITU recurrente, edad avanzada

Factores de riesgo para enterococo:

- Cateterización de la vía urinaria
- Uso previo de antibioterapia de amplio espectro (sobre todo cefalosporinas)
- Sondaje vesical

RECOGER SIEMPRE UROCULTIVO SALVO EN CISTITIS NO COMPLICADA

(SALVO CISTITIS DE REPETICIÓN)

	Tratamiento empírico	Alternativas
<p>Bacteriuria asintomática</p> <p>UC: >10⁵ ufc/mL o >100 en SV y ausencia de síntomas secundarios a la infección urinaria</p> <p>NO TRATAR BACTERIURIA NI CANDIDURIA ASINTOMÁTICAS, salvo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Embarazo - Procedimiento urológico - 1º mes tras trasplante renal - <i>Proteus spp</i> <p>Dudosa indicación en IMD</p>	<p><u>Elección:</u> Fosfomicina trometamol 3g vía oral dosis única Repetir a las 48-72h si persiste clínica</p> <p><u>En embarazo también se puede dar:</u> Amoxicilina/clavulánico 500/125 mg/8 h oral, 5 días.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nitrofurantoína 50mg/6h oral, 5 días (no en 1º trim embarazo ni FG <50ml/min) - Cefuroxima 250mg/12h oral, 5 días <p><u>Si riesgo de BLEE:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fosfomicina trometamol 3 g /48-72 horas, 10 días
<p>Cistitis NO complicada</p> <p><u>Criterios de NO complicada:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mujer - No embarazo - No menopausia - No criterio de complicada <p>No fiebre ni dolor lumbar</p>	<p><u>Elección:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fosfomicina trometamol 3 g dosis única - Cefuroxima 250mg/12h, 5 días - Cefixima 400 mg/día, 3-5 días 	<p><u>Alternativas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Amoxi/clav 500/125 mg/8 h, 5 días - Nitrofurantoína 50mg/8h, 5 días (no en 1º trim embarazo ni FG <50ml/min)
<p>Cistitis complicada</p> <p><u>Criterios de COMPLICADA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Embarazo - Postmenopausia - Varón - Ancianos - Diabetes - Insuficiencia renal - Alteración funcional o anatómica de vía urinaria - Cistitis de repetición (>3/años o >2/semestre) <p>SOLICITAR UROCULTIVO</p>	<p><u>Elección:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fosfomicina trometamol 3g. 3 dosis en días alternos. - Cefixima 400 mg/d, 7- 10 días <p><u>Embarazo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fosfomicina-Trometamol 3g dosis única - Amoxicilina/clavulánico 500-125mg / 8h, 5-7 días 	<p><u>Si riesgo de BLEE:</u> Fosfomicina trometamol 3g (48 – 72h hasta completar 10 días de tratamiento).</p>
<p>ITU asociada a catéter</p> <p><u>Duración:</u> 7-10 días</p> <p><u>Colonización 100%</u> a los 30 días</p> <p>UC positivo no es sinónimo de infección</p> <p><u>Riesgo de <i>Pseudomonas</i>, <i>Enterococo</i>, <i>Morganella</i>, <i>Providencia</i>, <i>E. coli</i>, <i>Candida</i>...</u></p> <p>Recambio de sonda antes de iniciar ATB y de recoger UC</p>	<p><u>Comunitaria, sin criterios de ingreso:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ceftriaxona 1g/d o Amoxicilina-clavulánico 2g / 8h IV <p>Terapia secuencial: Cefixima 400mg/ 12-24h o Amoxicilina-clavulánico 875/125mg/8h</p> <p><u>Con criterios de ingreso:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ceftazidima 2 g/8 h IV - Piperacilina-tazobactam 4 g/6-8 h IV 	<p><u>Alérgicos a betalactámicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambulatorio: Ciprofloxacino 500 mg/12 h o levofloxacino 500 mg/24 h oral - Ingreso: Aztreonam IV 1-2 g/8h +/- Vancomicina IV 1g/12h
<p>Pielonefritis aguda</p>	<p>AMBULATORIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cefixima 400 mg /12-24h oral 	<p><u>Alergia a betalactámicos:</u></p>

<p><u>Duración:</u> 7 días (se puede prolongar según evolución).</p> <p>MANEJO AMBULATORIO: Mujer joven, no embarazo, sin factores de riesgo y buen estado general.</p> <p>INGRESO: El resto de pacientes. Si gravedad, ver sepsis urinaria / shock séptico</p>	<p>INGRESO (sin FR) <u>Elección:</u> - Ceftriaxona 2g/24h IV</p> <p><u>Si FR <i>Pseudomonas aeruginosa</i>:</u> - Piperacilina-tazobactam 4g/6h IV - Ceftazidima 2g/8h IV</p> <p><u>Si FR enterococo (ver arriba):</u> añadir Vancomicina 1g/12h IV</p> <p><u>Embarazo:</u> Ceftriaxona 1g/24h IV o Amoxicilina/clavulánico 1g/8 h iv</p>	<p>- Empírico hasta ver evolución: Aztreonam 1g/8h o Amikacina 15-20 mg/kg/día IV + Tigeciclina 100 mg de carga seguido de 50 mg/12h</p> <p><u>Al alta:</u> Ciprofloxacino 500 mg/12h o Levofloxacino 500 mg/24 h oral</p> <p><u>Si absceso renal:</u> ATB 4-8 semanas +/- drenaje</p>
<p>Sepsis urinaria /Shock séptico</p> <p><u>Factores de riesgo de multirresistencia:</u> - Infección nosocomial:</p> <p>Riesgo <i>Pseudomonas aeruginosa</i>: - Manipulación urológica reciente - Sonda vesical permanente - Antibiótico previo - Criterios de sepsis grave</p>	<p>Riesgo de multirresistencia: <u>Elección:</u> Meropenem 1g/6-8 h IV <u>Shock séptico:</u> Meropenem/ Imipenem 1g/6-8 h IV + Amikacina 15-20mg/kg/día IV</p> <p><u>Si FR para Enterococo:</u> añadir Vancomicina 15-20mg /kg/8-12h IV</p>	<p><u>Alérgicos a betalactámicos:</u> - Amikacina 15-20 mg/kg/día IV+ Aztreonam 1 g/ 8h IV</p>
<p>Prostatitis aguda</p> <p>Antibiótico iv hasta cese de fiebre, después pasar a vía oral según antibiograma y <u>mantener 4 semanas (mínimo 2 semanas)</u></p>	<p><u>Elección empírica:</u> - Ceftriaxona 1 g/día IV - Cefixima 400mg/24 h oral</p> <p><u>Si FR BLEE o Pseudomonas:</u> - Piperacilina/tazobactam 4g/6-8h IV - Meropenem /imipenem 1g/6-8h IV - Ceftazidima 2g/8h +/- Ampicilina 2g/4 h IV</p> <p>Completar 4 semanas con ATB dirigido, <u>priorizando:</u> - Ciprofloxacino 500 mg/12h oral - Cotrimoxazol 160-800/ 12h oral (buena difusión a próstata)</p>	<p><u>Alergia a betalactámicos:</u> - Empírico hasta ver evolución: Aztreonam 1g/8h IV o Amikacina 15-20 mg/kg/día IV + Tigeciclina 100mg de carga seguido de 50mg/12h IV</p> <p><u>Si FR Enterococo:</u> añadir Vancomicina 1g/12h IV</p> <p><u>Si sospecha ETS:</u> Doxiciclina 100 mg/12h o Macrólidos x 4 semanas oral</p>
<p>Epididimitis /Orquiepididimitis</p> <p>Recogida de exudado uretral y cribado de otras ETS (si FR) Reevaluar si evolución no favorable en 48-72 horas.</p>	<p>SIN sospecha de ETS: - Ceftriaxona 1 g/día IV - Cefixima 400mg/d oral x 10-14 días + AINE</p> <p>CON sospecha de ETS: Ceftriaxona 1g im dosis única + Doxiciclina/12h vía oral x 10 días</p>	<p>Sin sospecha de ETS: - Ciprofloxacino 500-750mg/12h oral</p> <p>Con sospecha de ETS: - Azitromicina 1-2g oral en monodosis (alternativa a doxiciclina si riesgo de ETS)</p>