

INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO

La infección del tracto urinario (ITU) es una patología frecuente, su prevalencia y tratamiento varían con la edad y el género, si afectan a vías altas o bajas, si son complicadas, o si se presentan como episodios únicos o recurrentes.

Bacteriuria asintomática

>100.000 UFC/ml en dos urocultivos consecutivos en mujeres no embarazadas asintomáticas

>100.000 UFC/ml en un único urocultivo en hombres y embarazadas asintomáticos

>100 UFC/ml en un único urocultivo en pacientes asintomáticos sondados
--

SOLO está indicado el tratamiento en:

- Mujeres embarazadas
- Pacientes que vayan a someterse a manipulación urológica con afectación de la mucosa urotelial:
 - Resección transuretral prostática en paciente sondado
 - Ureteroscopia
 - Nefrolitotomía percutánea
 - Resección transuretral de tumor vesical
 - Otros procedimientos a criterio del especialista en urología

Tratamiento de elección	Alternativa
Fosfomicina trometamol 3 g por VO dos dosis separadas 48 h	Cefuroxima 500 mg/12 h VO 5 días o Nitrofurantoína 50-100 mg/8 h VO 5 días

Cistitis aguda simple en mujeres

SOLO está indicado realizar urocultivo:

- Sintomatología atípica.
- Persistencia de los síntomas.
- Recurrencia de los síntomas en las primeras cuatro semanas posteriores al cumplimiento del tratamiento.

Tratamiento de elección	Alternativa
Fosfomicina trometamol 3 g VO dos dosis separadas 48 h	Cefuroxima 500 mg/12 h VO 5 días o Nitrofurantoína 50-100mg/8 h VO 5 días

ITU recurrente en mujeres

Se repiten con una frecuencia de al menos tres veces en un año o dos en un periodo de seis meses.

El diagnóstico debe confirmarse mediante la realización de un urocultivo.

Profilaxis continua	Fosfomicina trometamol 3 g cada 7-10 días VO durante 6-12 meses
Profilaxis poscoital	Fosfomicina trometamol 3 g dosis única tras el coito
Pauta intermitente (autotratamiento)	Fosfomicina trometamol 3 g VO dosis única ante signos de infección
Alternativas si las recurrencias continúan	Según antibiogramas previos (evitar quinolonas y nitrofurantoína por alertas de seguridad)

Cistitis en hombres

La cistitis en hombres sin afectación de la próstata es poco común, y debe considerarse siempre como una infección complicada. Siempre realizar urocultivo pretratamiento y estudiar las posibles causas de la ITU.

Tratamiento de elección	Alternativa	Si fallo terapéutico
Cefixima 400 mg/24 h VO 5 días	Gentamicina 3-5 mg/kg/día IM hasta disponer de los resultados del urocultivo	Según antibiograma Pautas más largas Ciprofloxacino 500 mg/12 h VO o Trimetoprim/sulfametoxazol 160/800 mg/12 h VO

Cistitis en paciente sondado

Ocurre en un paciente portador de sonda o que ha sido cateterizado en las últimas 48 horas. El procedimiento de inserción o recambio de sonda no requiere tratamiento antibiótico.

ITU tras 48 horas de retirada del sondaje de corta duración	Fosfomicina trometamol 3 g dosis única VO
ITU complicada en sondaje de larga duración ITU complicada en sondaje corta duración con historia de ITU previa SIN signos de infección sistémica	Esperar al resultado del urocultivo Si urgencia de iniciar el tratamiento <ul style="list-style-type: none">Elección: Cefixima 400 mg/24h VO 7 díasAlternativa: Gentamicina 3-5 mg/kg/día IM hasta resultados del urocultivo

Prostatitis

Realizar urocultivo de chorro medio antes de iniciar el tratamiento.

Extracción de hemocultivos.

Si se sospecha enfermedad de transmisión sexual, solicitar estudio de enfermedades de transmisión sexual en exudado uretral y serologías (VIH, hepatitis y sífilis).

Prostatitis aguda SIN afectación del estado general	Prostatitis aguda CON afectación del estado general
Hasta resultado de antibiograma: Ciprofloxacino 500 mg/12 h VO 4 sem o Trimetoprim/sulfametoxazol 160/800 mg/12 h VO 4 sem o Cefixima 400 mg/24 h VO 4 sem +/- aminoglucósido	Hasta resultado de antibiograma: Ceftriaxona 2 g/24 h EV Tras mejoría inicial pasar terapia secuencial: Ciprofloxacino 500 mg/12 h VO 4 sem o Trimetoprim/sulfametoxazol 160/800 mg/12 h VO 4 sem

Pielonefritis aguda

Realizar urocultivo pretratamiento y hemocultivos si fiebre.

Ecografía abdominal en caso de sepsis, fracaso renal agudo o sospecha de obstrucción uretral.

	Tratamiento de elección	Alternativa
Pielonefritis aguda NO complicada SIN criterios de ingreso hospitalario	Cefixima 400 mg/24 h VO 7 días	Ciprofloxacino 750 mg/12 h VO 7 días
Pielonefritis aguda complicada SIN signos de sepsis	Ceftriaxona 2 g/24 h EV 7 días	Ciprofloxacino 400 mg/12h EV o Amikacina 15 mg/kg/24 h EV o Meropenem 1 g/8h EV (solo en caso de sospecha de multirresistencia) o Piperacilina/tazobactam 4 g/8 h EV (solo en caso de sospecha de multirresistencia) 7 días
Pielonefritis aguda complicada CON signos de sepsis	Meropenem 2 g/8 h EV +/- Amikacina 25 mg/kg/24 h EV primer día, continuar con 20 mg/kg/24 h EV	Alternativa a Meropenem: Aztreonam 2 g/8 h EV Alternativa a Amikacina: Fosfomicina sódica 4 g/6 h EV