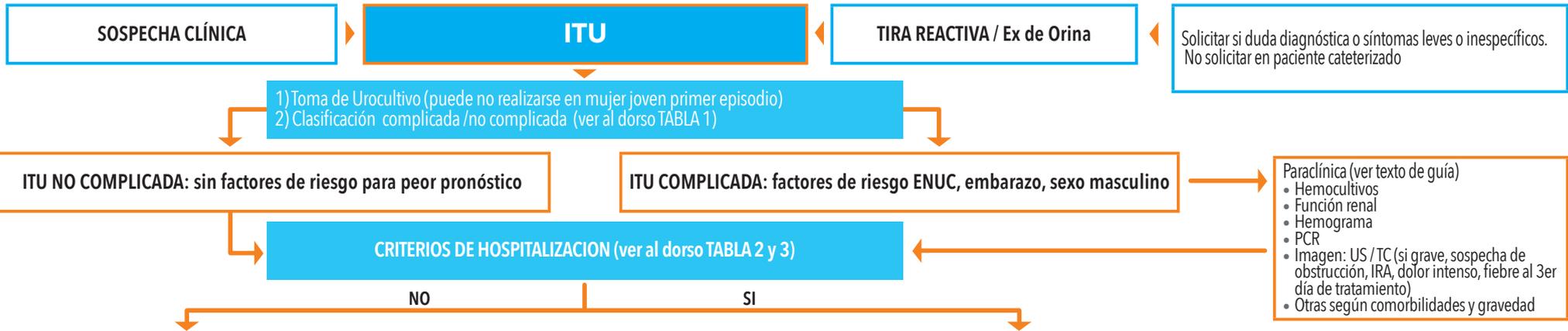


\_Disuria, polaquiuria, urgencia miccional, tenesmo vesical, dolor hipogástrico, dolor lumbar.  
\_Fiebre.  
\_Confusión.  
**Sin evidencia de infección genital baja.**  
Considerar pauci sintomáticos a poblaciones especiales (inmunodeprimidos, ancianos, embarazadas, etc) u otro tipo de sintomatología inespecífica como alteraciones digestivas (náuseas, vómitos).



	TRATAMIENTO AMBULATORIO		TRATAMIENTO INTERNADO	
	SIN FACTORES DE RIESGO PARA MO-MDR	CON FACTORES DE RIESGO PARA MO-MDR (TABLA 4)	SIN FACTORES DE RIESGO PARA MO-MDR	CON FACTORES DE RIESGO PARA MO-MDR (TABLA 4)
<b>CISTITIS NO COMPLICADA</b> Duración: 1 dosis a 5 d según ATB	Fosfomicina trometamol 3 gr vo unidosis (repetir a las 72hs si persisten síntomas) Nitrofurantoína 100 mg vo c/6h (Nitrofurantoína macrocristales 100 mg vo c/12h) x 5d  Primer episodio mujer joven: TMP/SMX 160/800 mg vo c/12h x 3d		<b>PIELONEFRITIS COMPLICADA</b> Duración: 10-14 d	Ceftriaxona 1 gr iv c/24h Cefuroxime 750 mg iv c/8 h Alergia betalactámico: Ciprofloxacina 400 mg iv c/8h ± Amikacina 15 mg/Kg/24h iv
<b>CISTITIS EN EMBARAZADA</b> Duración: según ATB 5 a 7 d (UC de control al finalizar tratamiento)	Nitrofurantoína 100 mg vo c/6h (Nitrofurantoína macrocristales 100 mg vo c/12h) x 5d (NO EN EL TERCER TRIMESTRE) Fosfomicina trometamol 3 gr vo unidosis (repetir a las 72hs si persisten síntomas) Cefuroxime axetil 500 mg vo c/12h x 7d Amoxicilina-clavulánico 875 mg/125 mg vo c/12h x 7d	Igual esquema. No utilizar cefuroxime. Si riesgo para <i>Enterococcus faecalis</i> o Enterobacterias BLEE considerar Amoxicilina-clavulánico 1 gr vo c/8h	<b>PIELONEFRITIS EN EMBARAZADA</b> Duración: 10-14 d (UC de control al finalizar tratamiento)	Ceftriaxona 1 gr iv c/24h Cefuroxime 750 mg iv c/8h Alergia grave a betalactámico: Fosfomicina disódica 8 gr iv carga y luego 4 gr c/6h
<b>CISTITIS COMPLICADA</b> Descartar ITU alta, en hombre descartar prostatitis Duración: 7d	Cefuroxime axetil 500 mg vo c/12h Amoxicilina-clavulánico 875 mg / 125 mg vo c/8-12h Fosfomicina trometamol 3 gr vo c/48h x 3 dosis Ciprofloxacina 500 - 750 mg vo c/12h	Igual esquema. No utilizar cefuroxime. Si riesgo para <i>Enterococcus faecalis</i> o Enterobacterias BLEE considerar Amoxicilina-clavulánico 1 gr vo c/8h	<b>ABSCESO RENAL O PERINEFRITICO</b> Duración: 14-28 d (médico/quirúrgico según gravedad, tamaño de absceso y accesibilidad)	Ceftriaxona 2gr iv c/24h + Amikacina 15 mg/Kg/24h iv Alergia betalactámico Ciprofloxacina 400 mg iv c/8h + Amikacina 15 mg/Kg/24h iv.
<b>PROSTATITIS AGUDA NO COMPLICADA</b> Duración: 10-14d	Riesgo de ETS: Ceftriaxona 1 g iv o im y luego Doxiciclina 100 mg vo c/12h x 10d (evaluar otras ETS)  Bajo riesgo de ETS: Levofloxacina 750 mg vo c/24h x 14d Ciprofloxacina 750 mg vo c/12h x 14d	Fosfomicina 3 gr vo c/48h x 7 dosis (14 d)	<b>PROSTATITIS AGUDA COMPLICADA</b> Duración: 21 a 28 d	Ceftriaxona 1 g iv c/24h Ciprofloxacina 400 mg c/8h iv.
<b>ITU EN SONDADO</b> (síntomas de tracto urinario bajo, sin fiebre ni síntomas sistémicos) Duración: 7 d	Amoxicilina-clavulánico 875 mg /125 mg vo c/8h. Alergia betalactámicos: Ciprofloxacina 750 mg vo c/12h.	Fosfomicina 3 gr vo c/48h x 3 dosis	<b>ITU EN SONDADO</b> con fiebre o síntomas sistémicos Duración: 14 d	Ceftazidime 2 gr i.v. c/8h Alergia betalactámicos: Ciprofloxacina 400 mg i.v. c/8 h ± Amikacina 15 mg/Kg/24h iv.
<b>PIELONEFRITIS NO COMPLICADA</b> (mujer no embarazada no factores ENUC) Duración: 7d	Primera dosis Ceftriaxona 1gr iv o im o Amikacina 15 mg/Kg iv luego: Amoxicilina-clavulánico 875 mg/125 mg vo c/8 h x 7d Cefuroxime axetil 500 mg vo c/8 h x 7d  Alergia betalactámicos: Ciprofloxacina 750 mg c/12h vo x 7d	Primera dosis Amikacina 15 mg/Kg iv luego: Amoxicilina-clavulánico 875 mg/125 mg c/8h vo x 7d  Alergia betalactámicos: Ciprofloxacina 750 mg c/12h vo x 7d	<b>GRAVE</b>	Agregar al plan seleccionado siempre Amikacina 15 mg/Kg/24h iv. En absceso agregar Vancomicina 30 mg/Kg iv carga y luego 15 a 20 mg/Kg c/12h
			<b>SHOCK SÉPTICO</b>	Agregar al plan seleccionado siempre Amikacina 15 mg/Kg/24h iv En absceso agregar Vancomicina 30 mg/Kg iv carga y luego 15 a 20 mg/Kg c/12h

REEVALUAR ANTIMICROBIANOS Y DECALAR SEGÚN RESULTADOS DE CULTIVOS.  
CAMBIO A VIA ORAL PRECOZMENTE (Mejora clínica y tolerancia via oral)

TABLA 1. CLASIFICACIÓN EN COMPLICADA / NO COMPLICADA			
HOMBRE O EMBARAZO	Considerar complicadas dado riesgo de peor pronóstico		
SISTEMA ORENUC	Categoría del Riesgo	Ejemplos	
0 (No factores)	No hay factor de riesgo conocido		NO COMPLICADA
Recurrente	ITU recurrente sin riesgo de mal pronóstico	Diabetes controlada Deficiencia hormonal en mujeres post-menopáusicas	
Extra-renal	Factores de riesgo extra uro-genitales con riesgo de pronóstico más grave	Diabetes mal controlada Inmunodepresión relevante Enfermedades del tejido conectivo	COMPLICADAS
Nefrológicos	Nefropatía con riesgo de pronóstico más grave	Insuficiencia renal relevante Nefropatía poliquística	
Urológicos	Factores de riesgo urológico con riesgo de pronóstico más grave que se pueden resolver durante el tratamiento	Obstrucción ureteral (litiasis, estructural) Sondaje vesical temporal Bacteriuria asintomática (embarazada, trasplante renal en los primeros 60 días) Vejiga neurógena controlada	
Cateterizado	Sonda vesical permanente y factor de riesgo urológico sin posibilidad de solución	Sonda vesical permanente Obstrucción urinaria no resuelta Vejiga neurógena no controlada	

TABLA 2. CRITERIOS HOSPITALIZACIÓN
ITU complicadas y pielonefritis no complicadas: definir ingreso luego de período de valoración, tratamiento inicial y observación de 6 a 12 horas) Para hospitalización considerar: <ul style="list-style-type: none"> <li>_ Elementos de gravedad (qSOFA)</li> <li>_ Enfermedad crónica descompensada</li> <li>_ Complicaciones locales (obstrucción, abscesos)</li> <li>_ Embarazo</li> <li>_ Inmunosupresión relevante</li> <li>_ Insuficiencia Renal Aguda</li> <li>_ Diagnóstico incierto</li> <li>_ No tolerancia vía oral</li> <li>_ No soporte social</li> <li>_ No posibilidad de revaloración</li> <li>_ No comprender las indicaciones</li> </ul>

Tabla 3: **Quick-SOFA** (abreviación de la escala de valoración de fallas orgánicas - SOFA)  
Suma de puntos de los siguientes criterios. Considerar sepsis si  $\geq 2$  o en aumento

Criterio	Puntos
Frecuencia respiratoria $\geq 22$ respiraciones/minuto	1
Alteración de conciencia	1
Presión arterial sistólica $< 100$ mm Hg	1

TABLA 4. FACTORES DE RIESGO PARA MICROORGANISMOS MULTIDROGORESISTENTES (MO-MDR)					
Factores	Enterobacterias productoras de Betalactamasas de espectro expandido (BLEE)	Enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC)	<i>Enterococcus</i> spp	<i>Pseudomonas</i> spp	<i>Candida</i> spp
Contacto con el sistema hospitalario	Contacto reciente con el sistema de salud (ej. Internación últimos 3 meses en: Centro de agudos; Centro de rehabilitación; Geriátrico; Diálisis)	Internación en centro con endemia o brotes por carbapenemasas, en particular en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)	Hospitalización reciente	Internación prolongada Admisión a UCI u otras áreas cerradas Antecedente de infección asociada a un procedimiento invasivo	Ingreso previo a UCI
Uso de antimicrobianos	Consumo de antimicrobianos dentro de los últimos 3 meses (Betalactámicos+inhibidores, cefalosporinas 3G o 4G, quinolonas)	Uso previo de carbapenémicos	Uso de cefalosporinas 3G	Consumo de antimicrobianos antipseudomónicos dentro de los últimos 3 meses	Antibioticoterapia previa
Características del paciente	Paciente $\geq 65$ años con comorbilidades (ej. Insuficiencia renal, diabetes) Cateterización urinaria $> 30$ días		Paciente $\geq 65$ años con uropatía obstructiva Patología prostática Cateterización a permanencia Postoperatorio urológico y pacientes con sonda vesical permanente que han recibido profilaxis con cefalosporinas Cirugía del tracto urinario	Paciente con comorbilidades específicas: Enfermedad estructural del pulmón, fibrosis quística, neutropenia, sida, otra inmunodeficiencia	Cirugía abdominal Nutrición parenteral Pancreatitis grave Catéter femoral
Historia microbiológica	Colonización o infección previa por Enterobacterias con BLEE.	Colonización o infección previa por EPC	Colonización o infección previa por <i>Enterococcus</i> sp	Colonización o infección previa por <i>Pseudomonas</i> sp	Colonización múltiple previa