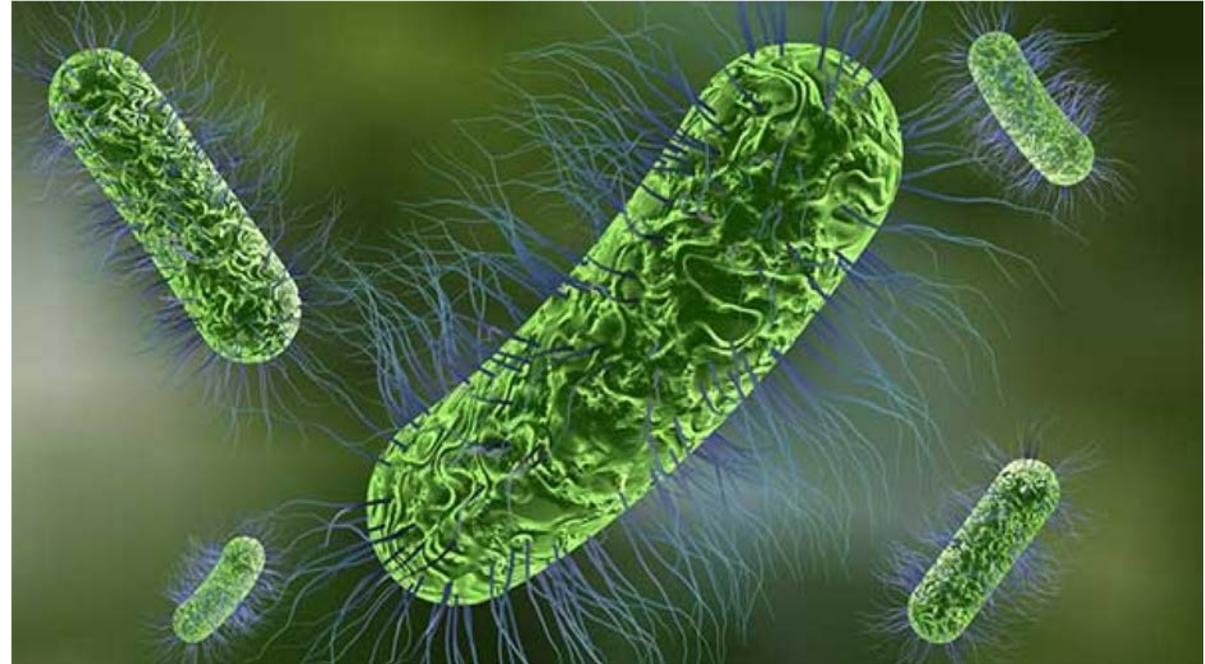
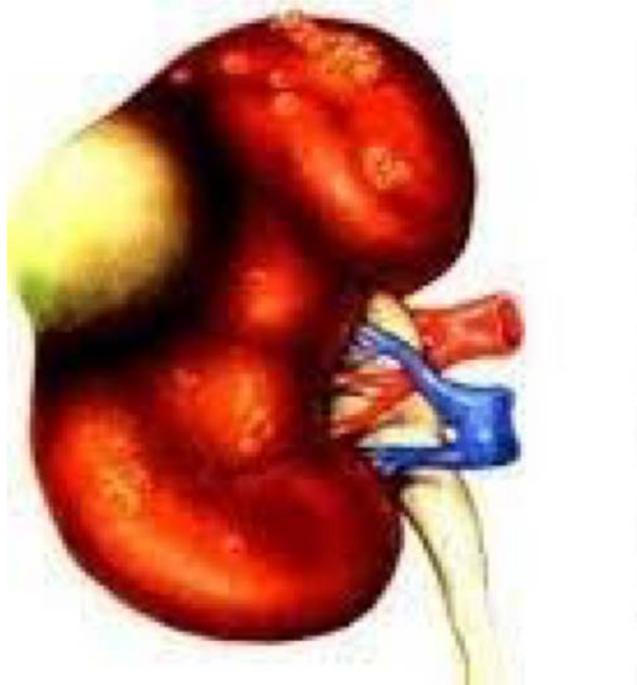


# INFECCIÓN URINARIA COMPLICADA Y PROFILAXIS



**Cátedra de  
Enfermedades Infecciosas**  
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA • FACULTAD DE MEDICINA

Dra. Anaclara Firpo  
Dra. Lucía Domínguez  
Asist. Dr. Santiago Gemelli  
11/6/2021



# Tópicos de la presentación

- Objetivos
- Importancia del tema
- Definiciones
- Patogenia
- Etiología
- Infección del tracto urinario (ITU) complicadas:
  - ITU asociada a catéter
  - ITU en pacientes con litiasis renal
  - ITU por micro-organismos multidrogoresistente (MO-MDR)
- Profilaxis



# Objetivos

**Adquirir conocimientos sobre el abordaje de algunas de las infecciones urinarias complicadas y la indicación de quimioprofilaxis antimicrobiana en diferentes escenarios**



# Importancia del tema

- Constituye una de las patologías infecciosas más relevantes en la atención hospitalaria
- Sugiere un reto terapéutico dada la frecuente presencia de MO-MDR y colonización de aparato urinario.
- Alta morbimortalidad siendo una de las causas principales de bacteriemia.
- Requiere de un manejo interdisciplinario con rol activo del Infectólogo.
- Consulta frecuente en policlínica de Infectología (profilaxis )



# Definiciones

- **ITU complicada:**
  - Hombre
  - Embarazo
  - Extra-renales:
    - Diabetes con mal control metabólico
    - Inmunodepresión relevante
    - Enfermedades del sistema conectivo
  - Nefrológicas:
    - Insuficiencia renal aguda
    - Poliquistosis renal
  - Urológicas:
    - Uropatía obstructiva
    - Vejiga neurógena
- **ITU recurrente:** 3 episodios de IU en los últimos 12 meses o 2 episodios en los últimos 6 meses.



# Patogenia

Las ITU son el resultado de la interacción entre la virulencia de las bacterias y los factores biológicos y conductuales del huésped.

Existen 2 vías principales:

- Ascendente (más frecuente)
- Hematógena

Mecanismos de virulencia: Adhesinas, cápsulas bacterianas, aerobactina, factores citotóxicos necrosantes, hemolisinas y receptores de sideróforos.

En los tractos urinarios funcional y estructuralmente comprometidos hay un menor requerimiento de factores de virulencia para producir infección.



# Etiología

- Son producidas por gran variedad de patógenos, incluyendo **bacterias gramnegativas**, bacterias gram positivas y hongos
- La mayoría de los casos se aísla un patógeno único, excepto en casos de anomalías estructurales del aparato urinario o en pacientes con cateterización crónica de la vía urinaria (polimicrobianas).
- Frecuencia: *Escherichia coli* uropatógena, tanto en ITUs no complicadas (75%) como en ITUs complicadas (65%). *Enterococcus*, *Klebsiella pneumoniae* *Staphylococcus saprophyticus*, *Proteus mirabilis* y *Streptococcus agalactiae* son responsables de la gran mayoría de los episodios restantes.



## Etiologías más frecuentes

Microorganismo	ITU no complicada	ITU complicada
<i>Escherichia coli</i>	75%	<b>65%</b>
<i>Klebsiella pneumonia</i>	6%	8%
<i>Staphylococcus saprophyticus</i>	6%	-
<i>Enterococcus spp.</i>	5%	<b>11%</b>
<i>Streptococcus grupo B</i>	3%	2%
<i>Proteus mirabilis</i>	2%	2%
<i>Pseudomona aeruginosa</i>	1%	2%
<i>Staphylococcus aureus</i>	1%	3%
<i>Candida spp</i>	1%	7%

# ITU Complicada



# ITU asociada a catéter

Catéter urinario: Dispositivo (de látex, poliuretano o silicona) que se usa para evacuar orina. Pueden ser permanentes o transitorios, y colocarse por vía transuretral, suprapúbica o a través de la pelvis renal (percutáneamente).

- Sonda vesical
- Cistostomía
- Catéteres doble jota
- Nefrostomía
- Catéteres interno-externos



- La duración de la cateterización es el principal factor asociado con el desarrollo de bacteriuria. Luego de 1 mes colocada la bacteriuria es universal.
- La colonización se produce en un 7% en catéteres de menos de 30 días y hasta en un 47% en aquellos con más de 90 días.
- La producción de biofilm es clave en la colonización y posterior infección.
- Entre 10 y 30 % de los pacientes con SV y bacteriuria presentan manifestaciones clínicas: fiebre, molestias hipogástricas, alteraciones del sensorio sin otra causa identificada, hematuria aguda, dolor en región pélvica, disautonomía o aumento de espasticidad en individuos con lesiones medulares.
- Importante diferenciar colonización de infección.

Baldeyrou, M. et al (2018). Infecciones urinarias. EMC - Tratado de Medicina, 22(2), 1–8.

Benítez Fuentes, R., & Jiménez Sans Emeterio, J. (2013). Infección del tracto urinario. *Pediatría Integral*, 17(6), 402–411.

Nemirovsky, C et al Consenso argentino intersociedades de infección urinaria 2018-2019 - parte II Infección del tracto urinario asociada a sonda vesical Tratamiento, 241–247.



# Diagnóstico microbiológico

Solicitar UC en pacientes con sonda vesical si:

- Presencia de síntomas y/o signos de ITU
- Previo a instrumentación de la vía urinaria
- Control de los pacientes con trasplante renal reciente

Recolección de la muestra para UC en pacientes con SV de larga duración debe realizarse a través de una SV previo a recambio. En pacientes que tienen SV de corta permanencia (colocada 48 hs previas) puede tomarse la muestra mediante la punción proximal del catéter.

El volumen de orina a recolectar en todos los casos es de 5-10 ml. No deben obtenerse muestras de orina de la bolsa colectora ni de la punta de catéter urinario.



# Tratamiento

Considerar:

- Factores epidemiológicos: microbiología de cada centro así como patrones de resistencia
- Factores individuales: antecedentes de uso de ATB, internación en los últimos 3 meses, colonización o infección por microorganismos resistentes.
- Pacientes sin FR para MO-MDR: Cefalosporinas de 3era Generación, Piperacilina/tazobactam o aminoglucósidos
- Cándida y otras levaduras causan 5-12% del total de las ITU-SV. Candida albicans es la especie más frecuente. La terapia de elección es el Fluconazol.

**Adecuar tratamiento antimicrobiano según aislamientos microbiológicos**

**Retirar catéter en caso que esto sea posible.**



# ITU en paciente con SV

## Tratamiento ambulatorio

	Sin FR para MO-MDR	Con FR para MO-MDR
ITU en paciente sondado. No fiebre. No síntomas sistémicos  Duración: 7 días.	Amoxicilina-Clavulanico 875/125 mg vo c/8 hs  Alergia a betalactámicos: Ciprofloxacina 750 mg vo c/12hs	Fosfomicina 3 gr vo c/48 hs x 3 dosis

## Tratamiento internado

	Sin FR para MO-MDR	Con FR para MO-MDR
ITU en paciente sondado + fiebre o síntomas sistémicos.  Duración: 14 días.	Ceftazidime 2gr iv c/8hs  Alergia betalactámicos: Ciprofloxacina 400mg iv c/8hs +- Amikacina 15 mg /kg/24hs	PTZ 4,5 gr iv c/6 hs + Amikacina 15 mg/kg/24hs iv.  Alergia betalactámicos: Ciprofloxacina 400mg iv c/8hs +- Amikacina 15 mg /kg/24hs



# ITU en pacientes con litiasis renal



- Patología muy frecuente, aproximadamente 10 % de la población presentará algún episodio durante su vida, previo a los 70 años de edad
- Algunos cálculos pueden aumentar la predisposición a las ITU por la obstrucción que producen y los fenómenos irritativos locales
- Aproximadamente en el 15 % de los pacientes con cálculos la infección está involucrada como causa principal de su formación
- Las bacterias sobreviven en la profundidad de los cálculos lo que dificulta su erradicación

# Tratamiento

- Cuando la infección complica la enfermedad preexistente por cálculos, el objetivo principal es tratar el episodio infeccioso y retrasar la extracción de los litos hasta que la infección haya sido erradicada.
- En caso de obstrucción con sepsis, deberá realizarse drenaje de urgencia por vía percutánea o ureteral y se diferirá el tratamiento definitivo del cálculo para cuando la sepsis esté controlada.



## Tratamiento antibiótico empírico:

- **Siempre Considerar**

- Factores epidemiológicos: micro-organismos prevalentes, patrones de resistencia
- Factores individuales: antecedentes de uso de ATB, internación en los últimos 3 meses, colonización o infección por microorganismos resistentes.

Requiere manejo de inicio hospitalizado con ATB con buena penetrancia a nivel de tracto urinario.

- **1era opción**: Aminoglucósidos, cefalosporinas de tercera o cuarta generación o fosfomicina.
- Piperacilina-tazobactam o carbapenemes: Considerarse en pacientes con múltiples ITU obstructivas, internaciones previas, instrumentaciones de TU.



# ITU por MO MDR

- Alta morbi-mortalidad
- Existe una tendencia global al aumento progresivo de la resistencia antimicrobiana
- Un microorganismo es considerado multirresistente (MDR) cuando muestra sensibilidad intermedia o resistencia al menos a tres o más categorías de antimicrobianos que esperaríamos susceptibles
- El tratamiento de enterobacterias productoras de carbapenemasa constituye un gran desafío por la escasa cantidad de antimicrobianos disponibles
- Mayor frecuencia de ITU a MO con mecanismo de resistencia como KPC (*Klebsiella pneumoniae carbapenemasa*) y NDM (*New Delhi metallo-beta-lactamasa*).

Durán, L. (2018). Resistencia antimicrobiana e implicancias para el manejo de infecciones del tracto urinario. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(2), 213–221

Guzmán N. & García-Perdomo H. A. Novedades en el diagnóstico y tratamiento de la infección de tracto urinario en adultos. *Rev Mex Urol*. 2019;79(6):pp 1-14.



## Opciones de tratamiento ante KPC y NDM:

- Usar medidas de aislamiento de contacto.
- Se recomienda terapia combinada.
- Drenar abscesos y retirar catéter en caso estén presentes.

### Antibióticos conocidos:

- Aminoglucósidos
- Tigeciclina
- Colistina
- Fosfomicina
- Rifampicina

Se han demostrado mejores resultados con la inclusión de meropenem en el plan terapéutico independientemente del valor de CIM, dado acción sinérgica sobre todo en conjunto con colistina.

### Nuevos ATB:

- Ceftazidima/avibactam → KPC y AmpC
- Ceftolozano/tazobactam → PAE
- Meropenem/vaborbactam → KPC y AmpC

Guzmán N. & García-Perdomo H. A. Novedades en el diagnóstico y tratamiento de la infección de tracto urinario en adultos. Rev Mex Urol. 2019;79(6):pp 1-14. Lespada MI, Córdova E, Bacteriemia por *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasa tipo KPC. Estudio comparativo y evolución en 7 años Rev Esp Quimioter. 2019 Feb;32(1):15–21. Spanish. Epub 2019 Feb 8.



# Profilaxis previo a procedimientos urológicos

Ante procedimientos que puedan generar hemorragias o translocación bacteriana al torrente sanguíneo.

- Litotricia extracorpórea
- Nefrolitotomía percutánea
- Litotricia transuretral
- RTU prostática o vesical

- Las bacterias pueden colonizar el intersticio de los cálculos y la manipulación durante la litotricia.
- Se debe realizar siempre que sea posible con UC estéril.

## ¿Cuándo?

- Dependiendo del ATB, 1 o 2 hs previo a la realización del procedimiento.
- **NO** se ha demostrado reducción de tasa de infecciones al prolongar la administración de ATB más allá de la dosis preoperatoria.

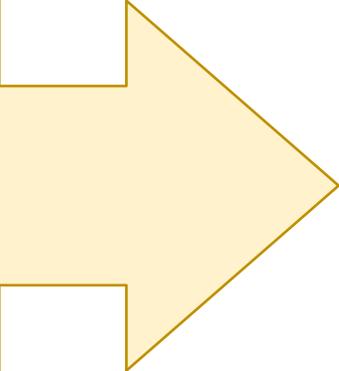
**Opciones:** Aminoglucósidos, Cefalosporinas de 3° gen, fosfomicina  
fluoroquinolonas (alta tasa de resistencia).



# Profilaxis en ITU recurrente

## Factores predisponentes:

- Sexo femenino
- Uropatías, alteraciones anatómicas del TU
- RVU
- Presencia de catéteres urinarios
- Actividad sexual
- Ausencia de circuncisión
- Alteraciones del ritmo miccional
- Incontinencia
- Constipación



El abordaje higiénico-dietético (HD) y cambio de estilos de vida es la PRIMERA opción en el tratamiento de las ITU recurrentes

Consiste en la administración continua o discontinua de dosis reducidas de antibiótico por un tiempo prolongado. En pacientes sin respuesta a tto HD y alto riesgo de complicaciones infecciosas graves.

### Objetivo:

- Disminuir el inóculo bacteriano y su uropatogenicidad.
- Disminuir número de ITU anuales

### Recomendaciones

- Evaluación clínica individualizada
- Rotación de ATB cada 3 meses

### Planes ATB recomendados

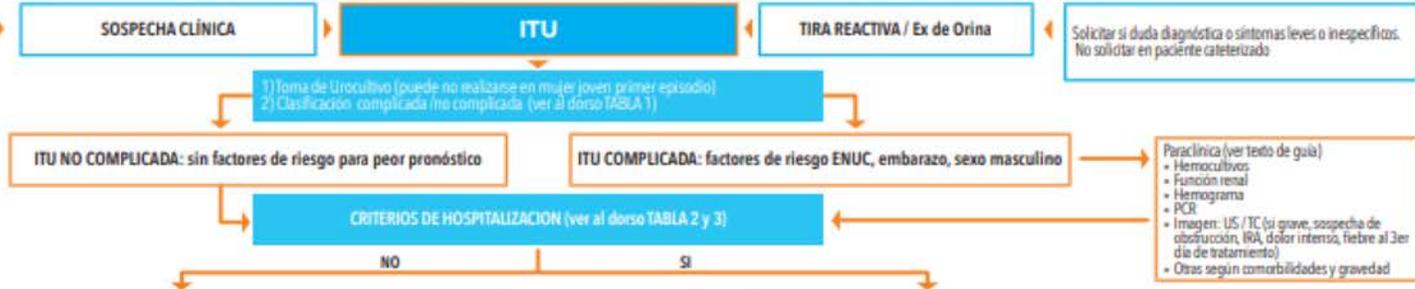
Amoxicilina-Clavulanico 875-125 c/24 hs vo

Trimetoprim-sulfametoxazol 80-400 mg c/24 hs vo

Nitrofurantoina 100 mg c/24 hs vo



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).



Paracĺnica (ver texto de guía)  
• Hemocultivos  
• Función renal  
• Hemograma  
• PCR  
• Imagen: US/TC (si grave, sospecha de obstrucción, IRA, dolor intenso, fiebre al 3er día de tratamiento)  
• Otras según comorbilidades y gravedad

	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) Nitrofurantoina 100 mg vo c8h (Nitrofurantoina macrocristales 100 mg vo c12h) x 5d Primer episodio mujer joven: TMP/SMX 160/800 mg vo c12h x 3d		<b>PIELONEFRITIS COMPLICADA</b> Duración: 10-14 d	Ceftriaxona 1 gr iv c24h Cefuroxime 750 mg iv c8h Alergia betalactámico: Ciprofloxacina 400 mg iv c8h ± Amikacina 15 mg/Kg/24h iv	Piperacilina-tazobactam 4,5 gr iv c6h ± Amikacina 15 mg/Kg/24h iv Alergia betalactámico: Ciprofloxacina 400 mg iv c8h + Amikacina 15 mg/Kg/24h iv
<b>CISTITIS EN EMBARAZADA</b> Duración: según ATB 5 a 7 d (UC de control al finalizar tratamiento)	Nitrofurantoina 100 mg vo c8h (Nitrofurantoina macrocristales 100 mg vo c12h) 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 c12h x 7d Amoxicilina-clavulánico 875 mg/125 mg vo c12h x 7d	Igual esquema. No utilizar cefuroxime. Si riesgo para Enterococcus faecalis o Enterobacterias: BLEE considerar Amoxicilina-clavulánico 1 gr vo c8h	<b>PIELONEFRITIS EN EMBARAZADA</b> Duración: 10-14 d (UC de control al finalizar tratamiento)	Ceftriaxona 1 gr iv c24h Cefuroxime 750 mg iv c8h Alergia grave a betalactámico: Fosfomicina disódica 8 gr iv carga y luego 4 gr c6h	Piperacilina-tazobactam 4,5 gr iv c6h ± Amikacina 15 mg/Kg/24h iv Alergia grave a betalactámico: Fosfomicina disódica 8 gr iv carga y luego 4 gr c6h ± Amikacina 15 mg/Kg/24h iv
<b>CISTITIS COMPLICADA</b> Descartar ITU alta, en hombre descartar prostatitis. Duración: 7d	Cefuroxime axetil 500 mg vo c12h Amoxicilina-clavulánico 875 mg / 125 mg vo c8-12h Fosfomicina trometamol 3 gr vo c48h x 3 dosis Ciprofloxacina 500-750 mg vo c12h	Igual esquema. No utilizar cefuroxime. Si riesgo para de Enterococcus faecalis o Enterobacterias BLEE considerar Amoxicilina-clavulánico 1 gr vo c8h	<b>ABSCESO RENAL O PERINEFRITICO</b> Duración: 14-28 d (médico/quirúrgico según gravedad, tamaño de absceso y accesibilidad)	Ceftriaxona 2gr iv c24h + Amikacina 15 mg/Kg/24h iv Alergia betalactámico Ciprofloxacina 400 mg iv c8h + Amikacina 15 mg/Kg/24h iv	Piperacilina-tazobactam 4,5 gr iv c6h + Amikacina 15 mg/Kg/24h iv. Si FR para SAMR agregar Vancomicina 30 mg/Kg iv carga y luego 15 a 20 mg/Kg c12h. Alergia betalactámico: Ciprofloxacina 400 mg iv c8h + 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 Doxídicina 100 mg vo c12h x 10d (evaluar otras ETS) Bajo riesgo de ETS: Levofloxacina 750 mg vo c24h x 14d Ciprofloxacina 750 mg vo c12h x 14d	Fosfomicina 3 gr vo c48h x 7 dosis (14 d)	<b>PROSTATITIS AGUDA COMPLICADA</b> Duración: 21 a 28d	Ceftriaxona 1 g iv c24h Ciprofloxacina 400 mg c8h iv.	Piperacilina-tazobactam 4,5 gr iv c6h + Amikacina 15 mg/Kg/24h iv. Alergia betalactámico: Ciprofloxacina 400 mg iv c8h + Amikacina 15 mg/Kg/24h iv.
<b>ITU EN SONDADO</b> (síntomas de tracto urinario bajo, sin fiebre ni síntomas sistémicos) Duración: 7d	Amoxicilina-clavulánico 875 mg / 125 mg vo c8h. Alergia betalactámicos: Ciprofloxacina 750 mg vo c12h.	Fosfomicina 3 gr vo c48h x 3 dosis	<b>ITU EN SONDADO</b> con fiebre o síntomas sistémicos Duración: 14 d	Cefuroxime 2 gr iv c8h Alergia betalactámicos: Ciprofloxacina 400 mg iv c8h ± Amikacina 15 mg/Kg/24h iv.	Piperacilina-tazobactam 4,5 gr iv c6h + Amikacina 15 mg/Kg/24h iv. Alergia a betalactámicos: Ciprofloxacina 400 mg iv c8h ± 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 c8h x 7d Cefuroxime axetil 500 mg vo c8h x 7d Alergia betalactámicos: Ciprofloxacina 750 mg c12h vo x 7d	Primera dosis Amikacina 15 mg/Kg iv luego: Amoxicilina-clavulánico 875 mg/125 mg c8h vo x 7d Alergia betalactámicos: Ciprofloxacina 750 mg c12h 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 c12h	Piperacilina-tazobactam 4,5 gr iv carga y luego c6h en perfusión extendida + Amikacina 15 mg/Kg/24h iv. En absceso Vancomicina 30 mg/Kg iv carga y luego 15 a 20 mg/Kg c12h
			<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 c12h	Meropenem 1-2 gr iv c8h en perfusión extendida + Amikacina 15 mg/Kg/24h iv. Si riesgo para Candida spp agregar Fluconazol 800 mg iv carga y luego 400 a 800 mg/día. En absceso Vancomicina agregar 30 mg/Kg iv carga y luego 15 a 20 mg/Kg c12h

REVALUAR ANTIMICROBIANOS Y DECALAR SEGÚN RESULTADOS DE CULTIVOS.  
CAMBIO A VIA ORAL PRECOZMENTE (Mejoría 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	

# Factores de riesgo para MO-MDR

**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



# Aprendizaje

- Patología infecciosa de alta prevalencia tanto a nivel comunitario como hospitalario
- Considerar siempre factores epidemiológicos e individuales para la elección del tratamiento antimicrobiano. Ajustar según sensibilidad del germen
- En pacientes con factores de riesgo o manipulación de vía urinaria aumenta el espectro de microorganismos a considerar
- Realizar profilaxis ATB solo si existe riesgo de sangrado durante el procedimiento urológico
- Aminoglucósidos y cefalosporinas son los ATB de elección para realizar profilaxis pre intervención
- En ITU recurrente siempre realizar tto higiénico dietético. Quimioprofilaxis diaria. Valorar cada 3 meses rotar plan ATB.





**Cátedra de Enfermedades Infecciosas, 2021.**

