

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO

Antibioterapia empírica recomendada de acuerdo con la localización de la infección, la edad y la presencia o no de nefro-uropatía en pacientes con ITU de adquisición comunitaria y en pacientes con ITU asociada a sondaje vesical.

En pacientes con antecedente de colonización o infección previa por microorganismos multirresistentes, se debe tener en cuenta el antecedente y adecuar la pauta.

Cistitis			
Situación clínica	Antibiótico		Duración
< 12 años	<i>Elección:</i> Cefuroxima-axetilo 20-30 mg/kg/día c12h		3-5 días
	<i>Alternativa:</i> Cefixima 8 mg/kg/día c24h (máx 400 mg)		
>12 años	<i>Elección:</i> Fosfomicina-trometamol 3 g		Dosis única
	<i>Alternativas:</i> Cefuroxima-axetilo 20-30 mg/kg/día c12h o Cefixima 8 mg/kg/día c24h (máx 400 mg)		3-5 días
Alergia a penicilina	Reacción alérgica inmediata anafiláctica o reacción tardía grave	< 12 años: Fosfomicina cálcica: <1 año: 150 mg/kg/día c8h >1 año: 80-100 mg/kg/día c8h	3-5 días
		> 12 años: Fosfomicina trometamol 3 g	Dosis única
	Resto de reacciones	Cefuroxima-axetilo 20-30 mg/kg/día c12h o cefixima 8mg/kg/día c24h (máx 400 mg)	3-5 días
Pielonefritis			
Situación clínica	Antibiótico		Duración
No ingreso	<i>Elección:</i> Cefuroxima-axetilo 20-30 mg/kg/día c12h		En general IV hasta 24 h de apirexia, ausencia de complicaciones buen estado general y buena tolerancia oral.
	<i>Alternativa:</i> Cefixima ^a 8 mg/kg/día c24h (máx 400 mg) (1 ^{as} 2 dosis c12h)		
Ingreso paciente > 3	No sepsis ni meningitis	Gentamicina 5 mg/kg/día c24h ^b	<i>Excepciones:</i> <15 días de vida 5-7 días
			7-10 días. En pacientes >3 meses sin clínica grave y con buena

meses sin uro-nefropatía o hipoacusia	Sepsis y/o meningitis	Ceftriaxona 100 mg/kg/día c12-24h (máx 2 g/dosis y 4 g/día)	por vía parenteral; 15-28 días al menos 3-5 días; pauta individualizada en bacteriemia, en inmunodeprimidos y en caso de complicaciones (nefronía, absceso, meningitis etc.)	evolución hay evidencia que apoya el uso de pautas de 5 días ^c
Ingreso < 3 meses^c	No sepsis ni meningitis	Gentamicina 5 mg/kg/día c24h		
	Sepsis y/o meningitis	Ampicilina ^c 200-300mg/kg/día c6h + Cefotaxima 200 mg/kg/día		
Ingreso nefro-uropatía o hipoacusia	Ceftriaxona ^d 50-75 mg/kg/día c24h (dosis 100 mg/kg/día c12-24h, máx 2g/dosis y 4 g/día, si sepsis o meningitis)			
Alergia a penicilina	Reacción alérgica inmediata anafiláctica o reacción tardía grave	Gentamicina 5 mg/kg/día c24h +/- vancomicina 40-60 mg/kg/día c6h ^e o ciprofloxacino 30 mg/kg/día c12h		
	Resto de reacciones	Según protocolo		
ITU asociada a sondaje vesical (ITU-SV)				
Ingreso < 3 días No exposición previa reciente a antibiótico	Ceftriaxona 50-75 mg/kg/día c24h IV/IM o cefixima 8 mg/kg/día c 24h (Amoxicilina-clavulánico 30-40 mg/kg/día c8h si cocos grampositivos)		Siempre que sea posible, retirar/cambiar de la SV y obtener muestra para nuevo UC, idealmente antes de iniciar antibiótico.	
Resto de situaciones	Ceftazidima 100-150 mg/kg/día c8h o ciprofloxacino 30 mg/kg/día c12h ^e		ITU complicada: 7-10 días. ITU no complicada y si se retira la SV: 3-5 días.	

Comentarios:

- En pacientes con ITUs de repetición individualizar tratamiento teniendo en cuenta urocultivos y antibiogramas previos. En pacientes en profilaxis antibiótica, utilizar como tratamiento empírico un fármaco diferente al de la profilaxis.
- Una vez se dispone de los resultados del urocultivo y antibiograma, se debe indicar el antibiótico activo de menor espectro, adecuado a las características de cada paciente (alergias, tolerancia oral, presencia o no de insuficiencia renal etc). En casos con buena respuesta clínica a pesar de haber iniciado un tratamiento no adecuado según el perfil de sensibilidad in vitro, se recomienda cambiarlo y completar la pauta con un tratamiento dirigido activo in vitro. Si la respuesta clínica ha sido buena no es necesario reiniciar la pauta; es adecuado completarla.
- Si la evolución clínica es buena, no está indicado realizar ningún urocultivo de control durante el tratamiento ni a finalizarlo.
- En ITU por microorganismos productores de BLEE, el manejo puede ser ambulatorio en los mayores de 3 meses siguiendo los mismos criterios que en la ITU de otra etiología.

- Opciones empíricas parenterales si alta sospecha de BLEE: amikacina, ertapenem. En <3 meses, gravedad clínica, meningitis (confirmada o no descartada) meropenem es de 1ª elección.
- Opciones empíricas orales si alta sospecha de BLEE: cistitis: fosfomicina o nitrofurantoína; PNA: cotrimoxazol o ciprofloxacino
- Se recomienda tomar fosfomicina cálcica con el estómago vacío y cefuroxima-axetilo con alimento.
- ^a Considerar utilizar cefixima en pacientes en quienes se prevea una mala tolerancia o adherencia al tratamiento con cefuroxima-axetilo.
- ^b Solicitar niveles plasmáticos de gentamicina 8-12 horas después de su administración si el tratamiento se prolonga más de 3-5 días.
- ^c En el periodo neonatal revisar posología específica de acuerdo con la edad postmenstrual.
- ^d Ampicilina no es necesaria si se dispone de una tinción Gram en la que no se identifican cocos Gram positivos y el paciente está estable.
- ^e Amikacina IV/IM, cefepime IV o piperacilina-tazobactam IV pueden ser alternativas adecuadas.