

# NuevoHospital versión digital

## GUÍA DE URGENCIAS

# INFECCIONES URINARIAS

**Antonio Esteban Portales**

**SERVICIO DE URGENCIAS  
HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA. ZAMORA.SACYL**

---

NuevoHospital  
**Unidad de Calidad**  
Hospital Virgen de la Concha  
Avda. Requejo 35  
49022 Zamora  
Tfno. 980 548 200  
www.calidadzamora.com

**Periodicidad:** irregular  
**Editor:** Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad  
**Coordinación Editorial:** Rafael López Iglesias (Director Gerente)  
**Dirección:** Jose Luis Pardal Refoyo (Coordinador de Calidad)  
**Comité de Redacción:**  
Isabel Carrascal Gutiérrez (Supervisora de Calidad)  
Teresa Garrote Sastre (Unidad de Documentación)  
Carlos Ochoa Sangrador (Unidad de Investigación)  
Margarita Rodríguez Pajares (Grupo de Gestión)  
**ISSN: 1578-7516**

©Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida sin la autorización por escrito de los propietarios.

# GUÍA DE URGENCIAS 2002

- 1 Cólico nefrítico
- 2 Epilepsia
- 3 Hemorragia digestiva alta (HDA)
- 4 Infarto agudo de miocardio
- 5 Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETEV)
- 6 Hipertensión arterial – Crisis hipertensiva (HTA)
- 7 Infecciones urinarias
- 8 Paciente quemado grave
- 9 Intubación rápida
- 10 Vía clínica: Insuficiencia Respiratoria Crónica Descompensada

## AUTORES

*Sebastián Fernández; Antonio Esteban; Consolación Rodríguez; Concepción Fernández; José Lázaro; Javier García; Miguel Angel Folgado; Anselma Fernández; Angel Chapa; Raquel Pardo; Lucio San Norberto; Ana Lucía Muñoz*

SERVICIO DE URGENCIAS  
HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA. ZAMORA. SACYL



PROTOCOLO

**INFECCIONES  
URINARIAS**

Servicio de Urgencias  
Hospital Virgen de la Concha  
Octubre 2002

# **CISTITIS**

## **DEFINICIÓN**

Inflamación aguda, ocasional y transitoria de origen infeccioso de la vejiga urinaria.

## **ETIOLOGÍA**

La infección es monomicrobiana en el 95 % de los casos.

La cistitis no complicada está causada en el 90 % de los casos por E. Coli y con menor frecuencia por otras enterobacterias como: Klebsiella spp, Proteus spp, Cándida spp (en pacientes sondados, diabéticos).

## **CLÍNICA**

Los síntomas de las infecciones agudas de vías urinarias bajas son variados e incluyen: disuria, polaquiuria, micción urgente, dolor suprapúbico, tenesmo vesical, orina maloliente y en ocasiones hematuria.

## **EXPLORACIÓN FÍSICA**

Dolor a la presión en hipogastrio.

## **DIAGNÓSTICO**

En urgencias, en pacientes sin factores de riesgo, es suficiente determinación analítica de orina mediante tira reactiva, encontrándonos nitritos y leucocituria.

En enfermos con mayor riesgo de padecer invasión bacteriana renal:

- Hematimetría con fórmula y recuento leucocitario.
- Bioquímica: Glucemia, uremia, Na, K, y creatinina.
- Sedimento de orina.
- Radiografía simple de abdomen.
- Urinocultivo previo al tratamiento antibiótico.

## **TRATAMIENTO**

### *Medidas generales*

- Beber abundantes líquidos (3 litros día).

- Durante las primeras 24 – 48 horas espasmolíticos y/o analgésicos.

### *Tratamiento antibiótico*

#### En pacientes sin riesgo de infección urinaria alta:

- Monodosis: Fosfomicina – trometanol (Monurol sobres de 2 y 3 gr.), a dosis única de 3 gr. por vía oral.
- Pauta corta: Ciprofloxacino (Septocipro 250 mg), 1 x 12 horas, 3 días.  
Amoxicilina – ácido clavulánico (Augmentine comprimidos 875 – 125 mg), 1 x 8 horas, 3 días.

#### En pacientes con factores de riesgo de infección renal:

- Ciprofloxacino (Septocipro 250 mg), 1 x 12 horas, 10 días.
- Amoxicilina – ácido clavulánico (Augmentine comprimidos 875 – 125 mg), 1 x 8 horas, 10 días.

En un metanálisis la eficacia de las pautas Monodosis tiene menor eficacia que las pautas de tres días.

En el mismo metanálisis, las pautas de 5 días con Amoxicilina, fue superior a las pautas de tres días con el mismo fármaco.

Las pautas de tratamiento de 3 días con Amoxicilina, fueron inferiores a las de tres días con quinolonas.

### *Situaciones especiales*

#### En pacientes sondados en urgencias, con sondaje traumático:

- Ciprofloxacino (Septocipro 250), 1 x 12 horas, 3 días.

#### Cistitis post coito:

- Trimetropin – sulfametoxazol (Septrim), 1 comprimido.

Por último, los pacientes deben ser reevaluados por su médico, para comprobar la erradicación de la infección. Es conveniente la revisión por urólogo, en varones, después del primer episodio; y en mujeres después de tres o mas episodios al año.

# **PROSTATITIS**

Se trata de un conjunto heterogéneo de enfermedades no siempre infecciosas, muchas de ellas de etiología desconocida, con el hecho común de inducir un conjunto de síntomas dolorosos, irritativos y obstructivos, referidos al tracto genito urinario y periné, acompañados o no de disfunción sexual.

## **ETIOLOGÍA**

La mayor parte de las prostatitis están producidas por bacilos Gram negativos, E. Coli (80%), Pseudomonas, Proteus, Klebsiela (10 – 15 %), y Neiseria gonorrhoeae.

## **PATOGENIA**

- Reflujo intraprostático de orina infectada
- Uretritis ascendente
- Invasión directa hematógena
- Manipulaciones urológicas

## **CLASIFICACIÓN**

- Prostatitis bacteriana aguda: Inflamación aguda de la glándula prostática.
- Prostatitis bacteriana crónica: Ídem de carácter crónico o ITU recurrente.
- Prostatitis crónica no bacteriana: Trastorno inflamatorio de causa no desconocida.
- Prostatodinia: Trastorno no inflamatorio que cursa con dolor pélvico y síndrome miccional (polaquiuria y disuria).

## **DIAGNÓSTICO**

- *Clínica*

Gran afectación del estado general, fiebre, polaquiuria, disuria, dificultad para la micción e incluso retención urinaria. Posible hematuria y dolor perineal o perianal irradiado a menudo a genitales y a cara interna de muslos.

- *Exploración física*

Tacto rectal: Próstata muy dolorosa, aumentada de tamaño y caliente. Contraindicado el masaje prostático.

- *Exploraciones complementarias*
  - Hematimetría con fórmula
  - Bioquímico: Glucosa, urea, creatinina, Na, K.
  - Sedimento: Apreciamos piuria y bacteriuria.
  - Hemocultivo y Urinocultivo.
  - Radiología simple de abdomen: En los casos de cronicidad puede evidenciar litiasis en el seno glandular.

## TRATAMIENTO

### *Medidas generales*

- Reposo en cama
- Baños de asiento
- Ingesta abundante de líquidos ( 3 litros).
- Antitérmicos: Paracetamol (Termalgin 1 g), 1x8 horas.
- Laxantes
- Antiinflamatorios: Dicoflenaco sódico ( Voltarén), 1x8 horas.
- Si se produce retención urinaria, está contraindicado sondaje vesical, siendo necesario colocar un drenaje de cistotomía.

### *Tratamiento antibiótico*

Los ciclos antibióticos recomendados son:

#### QUINOLONAS FLUORADAS (Tanto en prostatitis agudas cómo crónicas):

- Ciprofloxacino: 200 – 400mg x12 horas, vía intravenosa hasta la apirexia, seguido 500 mg x 12 horas, vía oral hasta completar 4 semanas.
- Ofloxacino: 200 mg x 12 horas o Levofloxacino: 500 mg/ día, ambos por vía oral el mismo periodo de tiempo.

#### Tratamiento alternativo para la prostatitis aguda:

- Ampicilina: (2gr x 6 horas intravenoso), asociada a un aminoglucósido (gentamicina 240 mg x día)
- Ceftriaxona: (Rocefalin) 1gr x día IV/IM o Cefotaxima (Primafen 1 gr x 6 horas IV)
- Tras la fase aguda que puede durar entre 1 y 2 semanas, debe completarse el tratamiento con alguno de los fármacos recomendados en la prostatitis crónica hasta completar 4 semanas.

*Ciclos antibióticos para las prostatitis crónicas:*

- Ciprofloxacino: comprimidos de 500mg (Septocipro), 1x12 horas, 6 semanas.
- TMP/ SMX: comprimidos 960 mg ( Septrin), 1x12 horas, 6 semanas.

**CRITERIOS DE INGRESO**

En general requieren ingreso hospitalario aquellos pacientes que presentan signos de sepsis, o sospecha de existencia de absceso prostático.



# **PIELONEFRITIS AGUDA**

## **CONCEPTO**

Infección de vía urinaria superior o pielonefritis aguda se define: como aquella que afecta a la pelvis y parénquima renal.

## **PATOGENIA**

Los uropatógenos procedentes de la flora intestinal, pueden alcanzar la pelvis renal ascendiendo a través de los uréteres, o con menor frecuencia, por propagación hematógena.

## **ETIOLOGÍA**

*E. Coli*, es el microorganismo causal más frecuente.

*Proteus*, más frecuente en niños no circuncidados y en ancianos con sonda vesical permanente.

*Staphylococcus*, produce cistitis y mas raramente pielonefritis en mujeres jóvenes durante el verano.

*Enterococcus*, mas frecuente en ancianos con hipertrofia prostática, en post operados y en pacientes con sonda vesical.

*Streptococo grupo B*, mas frecuente en gestantes, diabéticos y recién nacidos.

*Cándida*, mas frecuente en diabéticos y en pacientes en tratamiento con antibióticos de amplio espectro.

## **CLÍNICA**

La pielonefritis aguda tiene un espectro clínico que oscila entre una sepsis grave y un síndrome cistítico con un ligero dolor lumbar.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son:

- Fiebre con escalofríos
- Dolor en fosa lumbar (por distensión de la cápsula renal). Si es cólico irradiado a ingle sugiere pensar en la presencia de un cálculo.
- Polaquiuria, disuria y tenesmo vesical.

En la PNA la persistencia de fiebre a las 72 horas de tratamiento o empeoramiento clínico puede deberse a :

- 1.- Infección por microorganismo resistente al tratamiento.
- 2.-Nefritis focal aguda: un infiltrado linfocitario en uno o varios lóbulos, probablemente constituye al paso previo a la formación de un absceso.

- 3.- Existencia de una colección supurada (absceso).
- 4.- Necrosis papilar: puede cursar con hematuria, dolor lumbar, insuficiencia renal y/o shock séptico.
- 5.- Pielonefritis enfisematosa: cursa con destrucción tisular y producción de gas.

## EXPLORACIÓN FÍSICA

Sólo destaca la puñopercusión renal positiva en el lado afecto.

## DIAGNÓSTICO

- Hematimetría con fórmula:  
Normalmente leucocitosis con desviación izquierda. En casos evolucionados disminución de leucocitos, signo de mal pronóstico por posible sepsis.
- Bioquímica: glucemia, uremia, Na, K y creatinina.
- Orina completa con sedimento. La existencia de cilindros leucocitarios sugiere Pielonefritis.
- Urocultivo y Hemocultivo previos al tratamiento antibiótico.
- RX simple de abdomen para descubrir cálculos.
- Ecografía y /o TAC.
- Urografía: se puede retrasar hasta 2 ó 4 semanas, salvo en caso de que no se disponga de ecografía.

## CRITERIO DE INGRESO

Todos los pacientes con diagnóstico o sospecha de Pielonefritis aguda requiere ingreso hospitalario (preferente en área de observación), durante un mínimo de 24 – 48 horas, excepto cuando se trate de un paciente joven, sin afectación del estado general y siempre cuando las condiciones socioculturales aseguren el cumplimiento del tratamiento.

## TRATAMIENTO

### *Tratamiento antibiótico*

#### Tratamiento ambulatorio:

- Ciprofloxacino: comprimidos de 500 mg, 1x12 horas, 14 días.
- Ceftibuteno: comprimidos de 400 mg, 1x24 horas, 10días.
- Cefonicid: ampollas 1 g, 1x24 horas, 10 días.

Tratamiento hospitalario:

*1.- Sin signos de sepsis:*

- Ceftriaxona: ampollas 2g ( Rocefalín<sup>®</sup>), 1x24 horas, por vía intravenosa hasta mejoría clínica evidente. Posteriormente 1 g x 24 horas hasta completar 14 días de tratamiento.
- Levofloxacino: comprimidos y ampollas de 500mg ( Tavanic<sup>®</sup>), 1x24 horas por vía intravenosa, y posteriormente vía oral la misma dosis, hasta completar 14 días de tratamiento.

*2.- Con signos de Sepsis:*

- Ceftazidina: ampollas de 2g ( Fortam<sup>®</sup>), 1x8 horas por vía intravenosa 14 días.
- Piperacilina: ampollas de 4 g ( Tazocel<sup>®</sup>), 1x8 horas, 14 días. Debe diluirse en 100 cc de suero fisiológico profundándose en 30 minutos.
- Tobramicina: ampollas 50 y 100 mg ( Tobradistín<sup>®</sup>), 3 mg/kg/día por vía intravenosa, distribuidos en tres dosis, durante 7 días.

Cuando el paciente no mejore tras la administración de estos fármacos, deberá pensarse en el desarrollo de un absceso renal o perinefrítico. De confirmarse por TAC o ecografía, se procederá al drenaje quirúrgico del mismo.

## **BIBLIOGRAFÍA**

AGUADO, J.M., ALMIRANTE, B., FORTUM, J.: ”Protocolos clínicos SEIMC”

CLEMENTE MILLÁN , Mª J., JIMÉNEZ MURILLO ,L., DE BURGOS MARÍN, J., ROIG GARCÍA ,J.J.: “Medicina de urgencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación”.

VICENTE, J.: ”Pautas de actuación y protocolos asistenciales”. Servicio de Urología de la Fundación Puigvert.

NAVÍO NIÑO, Santiago: ”Patología urológica infecciosa”. Servicio de Urología Hospital Ramón y Cajal de Madrid.

DALET, Fernando, DEL RÍO, Gerardo: “Infecciones urinarias”. Fundación Puigvert.

RESEL ESTÉVEZ, L., SILMI MOYANO, A., MORENO SIERRA ,J.: “Infecciones urinarias y shock séptico”. Clínicas Urológicas de la Complutense.

CULLEY,C. CARSON III ,MD: ”Infecciones en Urología”. Clínicas Urológicas de Norteamérica.

WEIN, Alan j., PONTARI ,Michael A., HANNO, Philip M.: “Infecciones genitourinarias”. American urological association.

SILMI MOYANO, A., BLÁZQUEZ IZQUIERDO J.: “Infecciones del tracto Urinario”. Sociedad española de urología.

Capítulo	Nº NuevoHospital
Cólico nefrítico	36
Epilepsia	37
Hemorragia digestiva alta (HDA)	38
Infarto agudo de miocardio	39
Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETEV)	40
Hipertensión arterial – Crisis hipertensiva (HTA)	41
Infecciones urinarias	42
Paciente quemado grave	43
Intubación rápida	44

**Guías publicadas**

## GUÍA DE URGENCIAS 2002

- 1 Cólico nefrítico (nh200236)
- 2 Epilepsia (nh200237)
- 3 Hemorragia digestiva alta (HDA) (nh200238)
- 4 Infarto agudo de miocardio (nh200239)
- 5 Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETEV) (nh2002340)
- 6 Hipertensión arterial – Crisis hipertensiva (HTA) (nh200241)
- 7 Infecciones urinarias (nh200242)
- 8 Paciente quemado grave (nh200243)
- 9 Intubación rápida (nh200244)
- 10 Vía clínica: Insuficiencia Respiratoria Crónica Descompensada (nh200214)

### AUTORES

*Sebastián Fernández; Antonio Esteban; Consolación Rodríguez; Concepción Fernández; José Lázaro; Javier García; Miguel Angel Folgado; Anselma Fernández; Angel Chapa; Raquel Pardo; Lucio San Norberto; Ana Lucía Muñoz*

SERVICIO DE URGENCIAS  
HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA. ZAMORA. SACYL

