

Diagnóstico y tratamiento de la
Infección aguda, no complicada del tracto urinario
en mujeres de 18 a 59 años de edad
en el primer nivel de atención

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica

GPC-SS-077-24



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA
SECRETARÍA DE LA
DEFENSA NACIONAL

MARINA
SECRETARÍA DE MARINA

CSG
CONSEJO DE SALUBRIDAD
GENERAL



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

PEMEX
POR EL RESCATE DE LA SOBERANÍA

SNDIF
SISTEMA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA



Marina Nacional 60, piso 11, ala "B"
Colonia Tacuba, D.T. Miguel Hidalgo,
C. P. 11410, Ciudad de México.
www.gob.mx/salud/cenetec

Publicado por CENETEC
© Copyright **Secretaría de Salud** "Derechos Reservados". Ley Federal del Derecho de Autor

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía : **Diagnóstico y tratamiento de la Infección aguda, no complicada del tracto urinario en mujeres de 18 a 59 años de edad en el primer nivel de atención**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **"Evidencias y Recomendaciones"** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-077-24/ER.pdf>

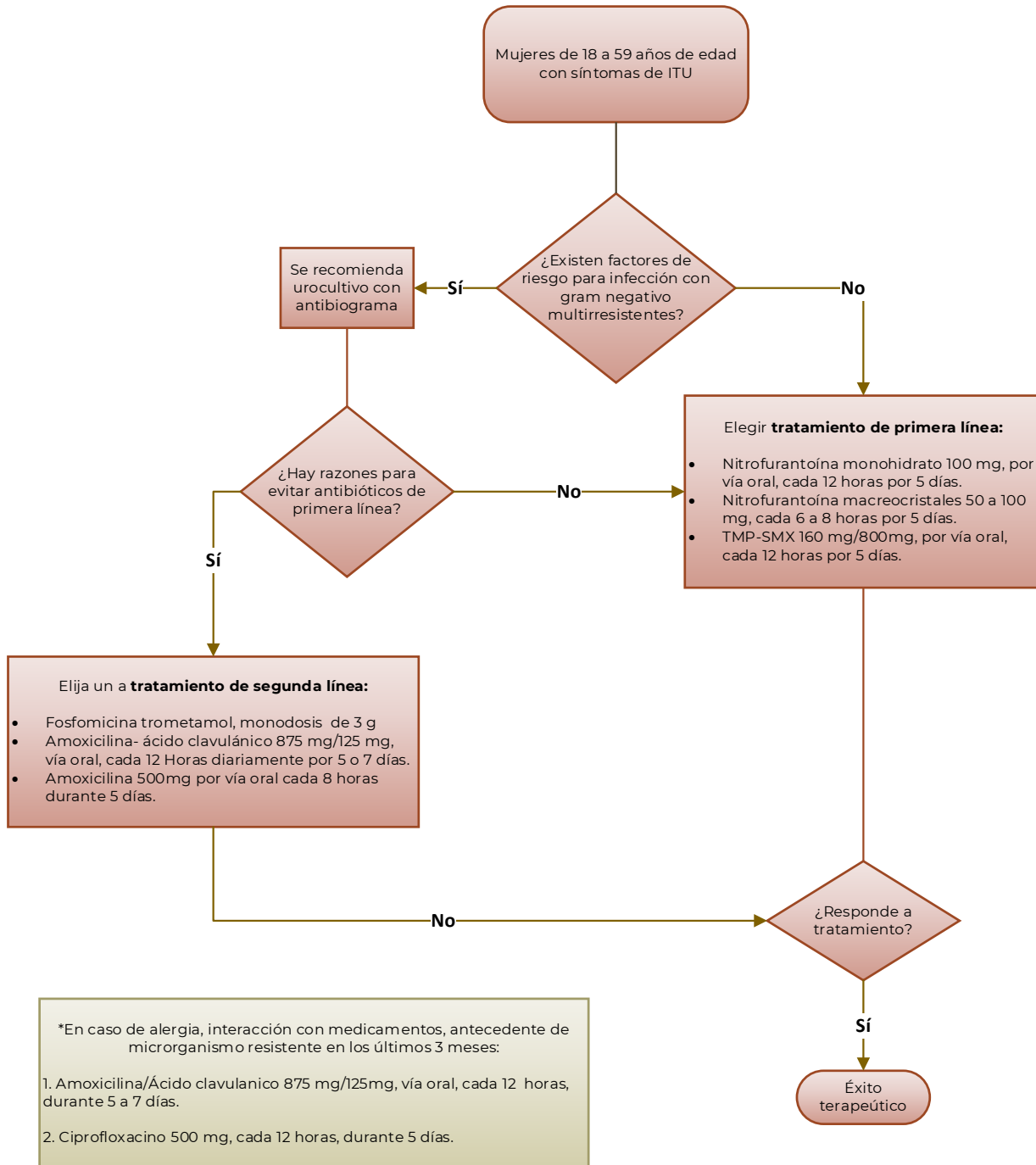
Debe ser citado como: **Diagnóstico y tratamiento de la Infección aguda, no complicada del tracto urinario en mujeres de 18 a 59 años de edad en el primer nivel de atención**. Guía de Práctica Clínica: Guía de Referencia Rápida: México, CENETEC; **2024** [fecha de consulta]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-077-24/RR.pdf>

ISBN en trámite.

1. DIAGRAMAS DE FLUJO

Abordaje de las infecciones del tracto urinario (UTI)

SELECCIÓN ANTIMICROBIANA EMPÍRICA PARA ITU NO COMPLICADA EN MUJERES



INFECCIÓN AGUDA, NO COMPLICADA DEL TRACTO URINARIO EN MUJERES DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD

DIAGNÓSTICO

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
Se recomienda diagnosticar una ITU en presencia de dos o más síntomas urinarios (disuria, polaquiuria, urgencia, hematuria macroscópica o nicturia) y un resultado positivo en la prueba de tira reactiva para nitrito.	Fuerte GRADE
Se recomienda que en mujeres que presenten dos síntomas como disuria, aumento de la frecuencia urinaria, urgencia para orinar, dolor o sensación de quemazón suprapúbica y tenesmo vesical se considere como una alta sospecha de ITU baja.	Fuerte GRADE
Solo se debe solicitar urocultivo si el paciente tiene antecedentes de microorganismos urinarios resistentes, ha tomado algún antibiótico en los últimos seis meses o no responde a los antibióticos empíricos.	Fuerte GRADE
Se recomienda realizar el diagnóstico diferencial con patología ginecológica ante la presencia de flujo o irritación vaginal y síntomas urinarios como disuria, polaquiuria, urgencia, hematuria macroscópica o nicturia y no confirmar el diagnóstico en presencia de un único síntoma urinario.	Fuerte GRADE
Se deben tomar en cuenta las recomendaciones para la toma de tira reactiva en orina (Cuadro 1)	PBP
Se recomienda establecer la evaluación por imágenes de gabinete de forma inicial en personas con complicaciones y con antecedentes de pielonefritis, diabetes mellitus, compromiso inmunitario, antecedentes de litos u obstrucción renal, cirugía renal previa, edad avanzada, reflujo vesicoureteral o falta de respuesta al tratamiento, y si los síntomas persisten por más de 72 horas.	Fuerte GRADE
Los estudios de imagen deben reservarse para aquellos pacientes en los que el tratamiento ha fallado o en aquellos que tienen síntomas recurrentes o graves; pueden ser derivados para realizar estudios de imagen en una etapa temprana si la sintomatología o el análisis de orina es incierto o si se sospechan otras enfermedades, como el infarto renal o presentan cólico ureteral.	PBP

TRATAMIENTO

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
<p>Se recomienda utilizar como tratamiento inicial la nitrofurantoína monohidratada macrocristales o la nitrofurantoina macrocristales en pacientes con alta sospecha de ITU baja no complicada.</p> <p style="text-align: right;">(Cuadro 2)</p>	<p>Fuerte GRADE</p>
<p>tratamiento de primera línea</p> <p>Se recomienda establecer el tratamiento de primera línea con los siguientes antimicrobianos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nitrofurantoína: agente de espectro estrecho con baja tasa de resistencia. No apto para pacientes con filtrado glomerular <45 ml/min/1.73 m²sc. La eficacia se reduce cuando se toma junto con alcalinizantes urinarios de venta libre que contienen citrato 2. TMP-SMX: considerar en pacientes con intolerancia o alergia a nitrofurantoína. Se requieren ajustes de dosis en pacientes con enfermedad renal. Agente de espectro estrecho. Tasa de resistencia para <i>Escherichia coli</i> de 33.6% <p>Tratamiento de segunda línea</p> <p>Se recomienda establecer como antimicrobianos de segunda línea cuando no exista mejoría de los síntomas después de las 48 horas de haber iniciado tratamiento de primera elección o cuando existe contraindicación para el uso de antimicrobianos de primera opción, los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fosfomicina trometamol, monodosis de 3 g: tratamiento útil contra organismos sensibles a la fosfomicina 2. Amoxicilina: opción de tratamiento de segunda línea pero alta tasa de resistencia en <i>Escherichia coli</i> (52.8 % en 2018), por lo que solo es adecuado para el tratamiento dirigido 3. Amoxicilina-ácido clavulánico: contraindicado en pacientes con antecedentes de ictericia o disfunción hepática asociada a penicilinas. Las tasas de resistencia de <i>E. coli</i> en Escocia rondan el 25 %. Un mayor riesgo de infección por <i>C. difficile</i>. Opción de tratamiento restringido. Menos eficaz para lograr la curación que otras clases <p style="text-align: right;">(Algoritmo)</p>	<p>Fuerte GRADE</p>
<p>El ciprofloxacino se debe utilizar solo cuando otras opciones de antibióticos no sean adecuadas o con el resultado de antibiograma.</p> <p>Las fluoroquinolonas se asocian con un mayor riesgo de <i>C. difficile</i>.</p>	<p>Fuerte GRADE</p>

Diagnóstico y tratamiento de la infección aguda, no complicada del tracto urinario en mujeres de 18 a 59 años de edad en el primer nivel de atención

Las recomendaciones no aplican para pacientes con inmunodeficiencias subyacentes o aquellas quienes han recibido agentes inmunomoduladores, quimioterapia o corticosteroides; debido a la falta de datos sobre esquemas cortos de tratamiento antibiótico.	PBP
Las modificaciones de la duración del tratamiento, se deben reevaluar caso por caso, con un seguimiento continuo de los pacientes.	
Las tasas crecientes de resistencia bacteriana y los efectos adversos (especialmente con las fluoroquinolonas), enfatizan la importancia crítica de un diagnóstico y cultivos adecuados, además de una reevaluación inmediata del paciente, en caso de una respuesta lenta a la terapia antimicrobiana.	PBP
Se recomienda el uso de ciclos cortos de tres a cinco días de antimicrobianos para el tratamiento de ITU no complicada, ya que esto es clínicamente efectivo y minimiza el riesgo de eventos adversos gastrointestinales.	Fuerte GRADE
Se debe informar a los pacientes que reciben AINE's los riesgos y beneficios al emplearse el tratamiento con los mismos, particularmente en mujeres con comorbilidades que predisponen o agudizan la posibilidad de insuficiencia renal, y hacer hincapié en que se comuniquen con su médico si presenta síntomas de ITU que no se resuelven en tres días o empeoran.	PBP
Se sugiere limpiar la uretra; orinar antes y después del coito, aumentar la frecuencia de la micción, usar ciertos tipos de ropa interior, evitar las duchas vaginales, evitar los jacuzzis, los baños de burbujas o los tampones.	PBP
El uso de arándanos en jugo o comprimidos limita la eficiencia por una heterogeneidad moderada, falta de consistencia en la dosificación y falta de información sobre el contenido de proantocinidinas; así como la interacción con medicamentos como la warfarina.	PBP
El empleo de fenazopiridina en combinación con la terapia antibiótica de elección es un tratamiento útil y accesible para la reducción de la disuria y polaquiuria.	PBP
En pacientes con ITU no complicada cuyos síntomas no mejoran en tres días, o en aquellas pacientes que resuelven sus síntomas, pero que reaparecen en dos semanas; se les deben realizar cultivos de orina con pruebas de sensibilidad antimicrobiana y exámenes auxiliares adicionales según criterio clínico.	Fuerte GRADE
No se debe realizar una prueba posterior al tratamiento de análisis de orina o cultivo de orina en pacientes asintomáticos.	PBP
Las pacientes con ITU alta que fueron hospitalizadas, deben ser reevaluadas luego de 48 a 72 horas posterior al alta hospitalaria.	PBP
Se recomienda que las pacientes con ITU no complicada sean hospitalizadas cuando presenten alguna de las siguientes condiciones clínicas:	Débil a favor GRADE

Diagnóstico y tratamiento de la infección aguda, no complicada del tracto urinario en mujeres de 18 a 59 años de edad en el primer nivel de atención

<ul style="list-style-type: none"> a) Si no hay mejoría clínica luego de 72 horas después del inicio del antibiótico empírico b) Cuando la paciente presente sospecha de sepsis: sospecha de infección más un score Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA) >2 o síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) >2 c) Cuando exista intolerancia a la vía oral d) Pacientes con inmunosupresión (pacientes postrasplante, entre otros) 	
<p>Se recomienda la referencia oportuna a segundo nivel de atención en las siguientes condiciones de los pacientes con infección del tracto urinario recurrente:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Aislamiento microbiológico por <i>Proteus mirabilis</i> con la finalidad de descartar urolitiasis b) Cuando la sintomatología se encuentre persistente en un plazo de tres a siete días pese a tratamiento adecuado c) Pacientes con síntomas persistentes de ITU, dolor con urocultivo negativo, considerar la evaluación urológica adicional 	<p>Débil a favor GRADE</p>
<p>Se sugiere la referencia oportuna al segundo nivel de atención, siempre evaluando de manera individual el contexto clínico de cada paciente.</p>	<p>PBP</p>

2. CUADROS O FIGURAS

Cuadro 1. Toma de tira reactiva en orina

RECOMENDACIONES PARA LA TOMA DE TIRA REACTIVA EN ORINA

De acuerdo a la modificación del anexo único del diverso por lo que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP), publicado en el diario oficial de la federación el 16 de junio de 2023, donde se enfatiza su vinculación con las metas internacionales.

Ante la realización de la toma de tira de nitrito se deben seguir los siguientes puntos de la seguridad para el paciente:

1. Acción Esencial 1-Meta Internacional 1.- *Identificación correcta de los pacientes (nombre completo y fecha de nacimiento).*
2. Acción Esencial 2 -Meta Internacional 2.- *Comunicación efectiva.*
3. Acción Esencial 4- Meta Internacional 4.- *Seguridad en los procedimientos*

Precauciones al utilizar la prueba de tira reactiva para nitritos:

- Preparar el material (tira reactiva, recipiente para recolección de muestra y cronómetro)
- La muestra debe ser obtenida a chorro medio y analizada lo antes posible
- No centrifugar
- No se recomienda usar conservantes para la orina
- Si la prueba no se puede realizar en el transcurso de una hora después de haber sido recogida, se debe refrigerar inmediatamente hasta un máximo de cuatro horas
- El almacenamiento prolongado de orina a temperatura ambiente puede dar lugar a contaminación microbiana, con resultados de cambios en el pH convirtiéndolo alcalino, puede dar un resultado falso positivo en la lectura de la proteína
- Verificar fecha de caducidad
- La tira debe permanecer en el tubo hasta el momento de utilizarla
- No tocar las áreas reactivas de la prueba
- Descartar cualquier tira del tubo que se encuentre con alteraciones en el color de los reactivos
- Todas las muestras deben considerarse residuos patológicos y deben ser manipuladas, como cualquier residuo peligroso biológico–infeccioso
- Las tiras utilizadas deben ser desechadas de acuerdo a la NOM 087-SEMARNAT-SSA1-2002
- La interpretación de resultados se obtiene por comparación directa con la tabla de colores

Cuadro 2. Tratamiento para infección de vías urinarias, no complicada

Opciones de tratamiento para infección de vías urinarias, no complicada	
Primera línea de tratamiento	
Nitrofurantoína	Monohidrato de nitrofurantoína macrocristales Cápsula de 100 mg, vía oral, cada 12 horas durante 5 días
	Macrocristales de nitrofurantoína Cápsula de 50 a 100 mg, vía oral, cada 6 horas durante 5 días
Trimetoprim/sulfametoxazol	Comprimido o tableta de 160/800 mg, vía oral, cada 12 horas durante 5 días
Segunda línea de tratamiento	
Fosfomicina trometamol	Tratamiento con monodosis de 3 gramos, granulados, o tres dosis si hay cistitis recurrente o complicada
Amoxicilina/ácido clavulánico	Cápsula de 875/125 mg o tableta de 500/125 mg, vía oral, cada 12 horas durante 5 días
Amoxicilina	Cápsula de 500 mg vía oral, cada 8 horas, durante 5 días
Ciprofloxacino	Tableta de 250 mg, vía oral, cada 12 horas
Antiinflamatorios no esteroideos (AINES)	
Ibuprofeno	Cápsula o tableta de 200 a 400 mg, vía oral, cada 4 a 6 horas
Diclofenaco	Tableta o grageas de 100 mg, vía oral, cada 24 horas