

Infecciones urinarias

Primero localiza la infección; después valora gravedad, factores de riesgo y necesidad de cultivo.

SIN SÍNTOMAS

Bacteriuria asintomática

Cultivo positivo sin síntomas atribuibles a IVU. **No equivale a cistitis.**

Generalmente no se trata; embarazo y ciertos procedimientos urológicos son excepciones. [6]

VEJIGA

IVU localizada

Disuria, urgencia, polaquiuria o dolor suprapúbico, **sin datos sistémicos.**

Cistitis en cualquiera de los sexos. A menudo permite tratamiento ambulatorio. [1]

DATOS SISTÉMICOS

IVU sistémica

Fiebre/hipotermia, escalofríos, dolor lumbar, hipotensión o deterioro general.

Incluye pielonefritis, prostatitis aguda y urosepsis. Buscar también otras causas. [1]

ACTUALIZACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN

EAU 2026: localizada o sistémica, con factores de riesgo añadidos. **IDSA 2025:** conserva “complicada” para infección más allá de la vejiga e incluye la asociada a sonda. Ser hombre, por sí solo, no define una IVU complicada. [1,2]

FACTORES QUE PUEDEN CAMBIAR EL MANEJO

Embarazo, obstrucción/litiasis, retención, sonda, instrumentación, alteración anatómica, inmunosupresión, insuficiencia renal, fragilidad y antecedentes de resistencia. [1,2]

CUÁNDO PEDIR UROCULTIVO

Antes del antibiótico, si es posible, en **embarazo, hombres, niños, pielonefritis/IVU sistémica, sonda sintomática, recurrencia** o riesgo de resistencia.

También si hay clínica atípica, fracaso o recaída. En sepsis, la toma de muestras **no debe retrasar** el tratamiento. [2,7,8,11-13]

EL EGO APOYA; LA CLÍNICA MANDA

Piuria sola no diagnostica IVU. Nitritos negativos no la descartan.

Los recuentos significativos dependen de síntomas y forma de recolección: no exigir $\geq 10^5$ UFC/mL en todos los pacientes sintomáticos.

Flujo vaginal o secreción uretral: valorar vaginitis/ITS. [12,15]

ANTES DE ELEGIR: FOCO + GRAVEDAD + CULTIVO

E. coli es el agente predominante. Según el contexto pueden aparecer Klebsiella, Proteus, S. saprophyticus, Enterococcus o Pseudomonas. El antibiograma local y los cultivos previos orientan la cobertura. [2,17]

Cistitis: mujer no embarazada

Esquemas para una infección confinada a la vejiga. Elegir UN antibiótico según perfil, cultivo y resistencia local.

REGLA DE MEMORIA: NITRO 5 · FOSFO 1 · TMP-SMX 3

Estas duraciones corresponden a **cistitis de la adulta no embarazada**; cambian con el grupo y el foco. [1]

5 DÍAS

Nitro-
furantoína

100 mg VO c/12 h durante 5 días

Pauta para monohidrato/macrocristales o liberación prolongada. Otras formulaciones usan otro intervalo. Evitar con déficit de G6PD. [1,8]

DOSIS ÚNICA

Fosfomicina
trometamol

3 g VO una sola vez

Opción para cistitis. En BLEE, IDSA limita esta alternativa a **E. coli**; no asumir actividad frente a Klebsiella. El sobre único no trata pielonefritis. [1,5]

3 DÍAS

TMP-SMX

160/800 mg VO c/12 h durante 3 días

Usar si hay sensibilidad conocida o resistencia local de E. coli <20%. Vigilar hiperpotasemia, alergia e interacciones; ajustar a función renal. [1,5]

OTRA PRIMERA LÍNEA EAU

Pivmecilinam: 400 mg VO c/8 h por 3-5 días.

Confirmar disponibilidad y formulación local. [1]

ALTERNATIVA SELECCIONADA

Cefadroxilo: 500 mg VO c/12 h por 3 días.

Según sensibilidad; evitar si el germen produce BLEE. [1,5]

RIÑÓN, RESISTENCIA Y RESPUESTA

Nitrofurantoína: evitar si TFG_e <30; entre 30-44, solo casos seleccionados según norma local. Evitar amoxicilina/ampicilina empíricas y fluoroquinolonas de rutina para cistitis. Si no mejora en **48 h**, reevaluar y cultivar. [1,8]

DOSIS ORIENTATIVAS · Adultos con función renal habitual, salvo lámina pediátrica. VO: oral · IV: intravenosa · c/: cada.

Estudio clínico: ajustar a cultivo, función renal, alergias, interacciones y protocolo local. Selección revisada: 13 septiembre 2026.

TMP-SMX: trimetoprim/sulfametoxazol · BLEE: betalactamasa de espectro extendido · TFG_e: mL/min/1.73 m² · G6PD: enzima eritrocitaria.

Fuentes y cómo usar las láminas

Revisión hasta el 13 de septiembre de 2026. Los números entre corchetes remiten a estas fuentes médicas.

- 1

EAU. Guidelines on Urological Infections, 2026.
Clasificación localizada/sistémica, dosis, pielonefritis, hombres y sonda.
- 2

IDSA. Complicated UTI, 2025: selección de antibióticos.
Clinical Question 1. Elección empírica y tabla 2.1 de dosis IV.
- 3

IDSA. Complicated UTI, 2025: transición de IV a VO.
Clinical Question 2. Criterios de cambio y tabla 1.2 de dosis orales.
- 4

IDSA. Complicated UTI, 2025: duración del tratamiento.
Clinical Question 3. Cursos cortos, certeza de evidencia y exclusiones.
- 5

IDSA. Guidance on Antimicrobial Resistant Gram-Negative Infections, 2026.
Publicada el 30 de julio de 2026. Sección 1: BLEE y transición seleccionada.
- 6

Nicolle LE et al. IDSA: Asymptomatic Bacteriuria, 2019.
Guía vigente: embarazo, adultos mayores, diabetes, sonda y procedimientos.
- 7

ACOG. Urinary Tract Infections in Pregnant Individuals, 2023.
Clinical Consensus 4. Obstet Gynecol. 142:435-445. Manejo obstétrico.
- 8

NICE NG109. Urinary tract infection (lower): antimicrobial prescribing.
2018; versión vigente consultada. Tablas de embarazo, hombres y niños.
- 9

Osmundson SS et al. First-Trimester Antibiotic Use for UTI...
JAMA Netw Open. 2025;8:e2519544. Cohorte sobre malformaciones congénitas.
- 10

NICE NG110. Prostatitis (acute): antimicrobial prescribing.
2018; texto vigente con precauciones de fluoroquinolonas de 2024.
- 11

NICE NG113. UTI (catheter-associated): antimicrobial prescribing.
2018; versión vigente consultada. Muestreo, cambio de sonda y tratamiento.
- 12

Royal Children’s Hospital Melbourne. Clinical Practice Guideline: UTI.
Actualizada en octubre de 2025. Dosis pediátricas específicas por foco.
- 13

NICE NG224. UTI in under 16s: diagnosis and management, 2022.
Diagnóstico, toma de muestra e indicación de imagen en pediatría.
- 14

NICE NG112. UTI (recurrent): antimicrobial prescribing.
Actualizada el 12 de diciembre de 2024. Metenamina y profilaxis.
- 15

Nelson Z et al. WikiGuidelines: UTI in Pediatrics and Adults.
JAMA Netw Open. 2024;7:e2444495. Consenso clínico y revisión sistemática.
- 16

Hayward G et al. d-Mannose for Prevention of Recurrent UTI...
JAMA Intern Med. 2024. Ensayo aleatorizado en atención primaria.
- 17

Habak PJ et al. Urinary Tract Infection in Pregnancy. StatPearls.
Revisión médica actualizada en junio de 2026. Contexto, agentes y seguridad.

ALCANCE Y DIFERENCIAS ENTRE GUÍAS

Material de estudio: **IVU bacterianas frecuentes**; candiduria, trasplante reciente y resistencia compleja requieren manejo específico. Las dosis son ejemplos seleccionados.

Se conservan las diferencias relevantes: IDSA permite cursos cortos en pacientes seleccionados; EAU mantiene algunas pautas más largas. Para embarazo se usa el total de **14 días de ACOG** en pielonefritis. Aplicar el antibiograma y los protocolos de tu hospital.

TU PRÓXIMO REPASO

Infecciones de vías urinarias · 2026

Guía visual que organiza las infecciones urinarias por localización, gravedad y grupo de pacientes.

2 páginas de contenido en esta muestra. La guía completa contiene 11 páginas.

LO QUE ENCONTRARÁS EN LA VERSIÓN COMPLETA

- Clasificación y estudios iniciales
- Cistitis y pielonefritis
- Cobertura hospitalaria y resistencia
- Embarazo, hombres y adultos mayores
- Pediatría y prevención de recurrencias

Precio individual: \$160 MXN

[Leer versión completa](#)

Abre la ficha de la guía para preparar tu compra. Las promociones vigentes se aplican en el carrito.