

VINCat PROA Sociosanitari: **Programa d'optimització de l'ús** **d'antimicrobians als centres sociosanitaris**

Recomanacions per al tractament de la infecció urinària en
els centres sociosanitaris

Índex

| | |
|--|----|
| Consideracions generals | 3 |
| Cistitis no complicada..... | 4 |
| Cistitis complicada..... | 5 |
| Prostatitis..... | 6 |
| Pielonefritis | 7 |
| Sèpsia d'origen urinari | 8 |
| Xoc sèptic d'origen urinari | 9 |
| Orquiepididimitis | 10 |
| Bibliografia | 11 |
| Annex I: factors de risc de microorganismes resistents..... | 12 |
| Annex II: diagrama per a la presa de decisions per a instaurar un tractament empíric en sospites de ITU en ancians | 13 |

Coordinació: Centre Coordinador VINCcat: Sergi Hernández

Elaboració: Grup de Treball VINCcat PROA CSS: Alicia Cambra, Anna Besolí, Gemma Porta, Julio Durán, Lluís Espinosa, Marcos Serrano, Mónica Ballester, Mónica Marín, Núria Albiol, Pilar Garcia

Revisió: Alex Smithson, Juan Pablo Horcajada, Miquel Pujol

RECOMANACIONS PER AL TRACTAMENT DE LA INFECCIÓ URINÀRIA EN ELS CENTRES SOCIOSSANITARIS

CONSIDERACIONS INICIALS

- En els casos de bacteriúria asimptomàtica i/o piúria amb simptomatologia inespecífica no està indicada la recollida de mostres per urinocultiu ni el tractament antibiòtic.
- El tractament dirigit ha de donar preferència a l'ús de l'antibiòtic de menor espectre possible i menor efecte ecològic segons antibiograma.
- La recollida de la mostra en pacients sondats de >2 setmanes s'ha de fer després de canviar la sonda.
- Consultar el resultat dels urocultius previs sempre que sigui possible.

CISTITIS NO COMPLICADA

- Dones sense alteracions anatòmiques ni funcionals de la via urinària, o sense consum d'antibiòtics en els 3 mesos previs, o sense ITU recurrents.

| TRACTAMENT EMPÍRIC D'ELECCIÓ | TRACTAMENT EMPÍRIC ALTERNATIVES | TRACTAMENT DIRIGIT |
|---|---|---|
| Fosfomicina trometamol 3 g OR dosi única ¹ | Nitrofurantoïna 100 mg/8h OR; 3-5 dies ² Cefuroxima 250-500 mg/12h OR; 3-5 dies ³ <u>Si via oral no disponible:</u> <ul style="list-style-type: none">• Ceftriaxona 1 g/24h IV/IM/SC ; 3-5 dies | No aplica, no està indicat fer urinocultiu. |

¹ Es recomana prendre amb l'estómac buit (1 h abans dels àpats) i de manera preferent a la nit i després de la micció (bufeta buida).

² No administrar si FG < 45 ml/min. Prendre amb els àpats.

³ Prendre amb els àpats.

CISTITIS COMPLICADA

- Sempre fer urocultiu
- Sense criteris de sèpsia ni xoc sèptic ni criteris de derivació.
- Pacients amb: alteracions anatòmiques o funcionals via urinària, o antibiòtics en els 3 mesos previs, ITU recurrents, hospitalització recent, sondatge vesical, nefrostomia, immunodepressió, transplantament, antecedents de pielonefritis, diabetis mellitus amb mal control metabòlic i amb complicacions cròniques (nefropatia, arteriopatia).
- En els homes sempre s'ha de descartar clínicament la possibilitat de prostatitis aguda, de cara a escollir el tractament dirigit.

| TRACTAMENT EMPÍRIC D'ELECCIÓ | TRACTAMENT EMPÍRIC ALTERNATIVES | TRACTAMENT DIRIGIT |
|---|--|--|
| Fosfomicina trometamol 3 g OR dues dosis separades per 48h ⁴ | <p>Nitrofurantoïna 100 mg/8h OR; 7 dies⁵ Cefuroxima 500 mg/12h OR; 7 dies</p> <p><u>Si via oral no disponible:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxona 1 g/24h IV/IM/SC; 7 dies • Cefuroxima 750 mg/8h IV; 7 dies <p><u>Si via oral no disponible i al·lèrgia a penicil·lines:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Amikacina 15 mg/kg/24h IV/IM dosi única⁶ <p><u>Si insuficiència renal:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aztreonam 1 g/8h IV; 7 dies | <p>En cas de resistència, triar un altre antibiòtic sensible, per ordre de preferència:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amoxicil·lina 500 mg/8h OR o 1g/8h IV; 7 dies • Cotrimoxazol 800/160 mg/12h OR/IV; 7 dies • Cefuroxima 500 mg/12h OR o 750 mg/8h IV; 7 dies • Amoxicil·lina/clavulànic 500/125 mg/8h OR/IV; 7 dies • Ciprofloxacina 500 mg/12h OR o 400 mg/12 h IV; 7 dies |

⁴Es recomana prendre amb l'estómac buit (1 h abans dels àpats) i de manera preferent a la nit i després de la micció (bufeta buida).

⁵No administrar si FG < 45 ml/min. Prendre amb els àpats.

⁶Es recomana monitorització nivells plasmàtics

PROSTATITIS

- Sempre fer urocultiu

| TRACTAMENT EMPÍRIC D'ELECCIÓ | TRACTAMENT EMPÍRIC ALTERNATIVES | TRACTAMENT DIRIGIT |
|---|---|---|
| Ceftriaxona 1 g/24h IV/IM/SC | <p>Fosfomicina 4 g/8h IV⁷ Aztreonam 1 g/8h IV</p> <p><u>Si factors de risc de microorganismes resistents:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Piperacil.lina/tazobactam 4 g-500 mg/8h IV <p><u>Si no resposta clínica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ertapenem 1 g/24h IV • Meropenem 1g/8h IV⁸ <p>Considerar trasllat a hospital d'aguts.</p> | <p>Donar preferència a l'ús d'antibiòtics amb bona penetració dins del parènquima prostàtic:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cotrimoxazol 800/160 mg/12h OR/IV • Ciprofloxacina 500 mg/12h OR o 400 mg/12h IV • Fosfomicina 3 g/24h OR dues dosis separades per 48h |
| <p>Durada del tractament: fer canvi a via oral si és possible a partir de la defervescència.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si resposta clínica precoç i sense abscessos, mantenir dues setmanes. • Si resposta clínica tardana (simptomatologia > 7 dies), pacient amb antecedent d'ITU prèvies o amb abscessos, mantenir fins a 4 setmanes. | | |

⁷ Elevat contingut de sodi. Vigilar si hipertensió arterial, insuficiència cardíaca o cirrosi hepàtica.

⁸ Si no hi ha resposta clínica canviar a meropenem per cobrir posible infecció amb *Enterococcus spp* o *P.aeruginosa*

PIELONEFRITIS

- Sempre fer urocultiu.
- No fer servir fosfomicina ni nitrofurantoïna.

| TRACTAMENT EMPÍRIC ELECCIÓ | TRACTAMENT EMPÍRIC ALTERNATIVES | TRACTAMENT DIRIGIT |
|---|--|---|
| <p>Ceftriaxona 1 g/24h EV/IM/SC⁹, 7dies</p> <p><u>Al·lèrgia a penicil·lines:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aztreonam 1 g/8h EV, 7 dies | <p><u>Si factors de risc de microorganismes resistents manipulació urològica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Afegir amikacina 15 mg/kg/24h IV/IM 3-5 dies¹⁰ <p><u>En pacient greu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Piperacil.lina/tazobactam 4 g-500 mg/8h EV 7 dies | <p>Mantenir via IV fins defervescència i posteriorment completar tractament amb:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cotrimoxazol 800/160 mg/12h OR 7 dies • Ciprofloxacina 500 mg/12h OR 7 dies |

⁹La dosis de 2 g està recomanada en situacions en las que hi ha gran volum de distribució o nivells baixos d'albumina

¹⁰Es recomana monitorització nivells plasmàtics.

SÈPSIA D'ORIGEN URINARI

- Sempre fer urocultiu i hemocultiu.
- No fer servir fosfomicina ni nitrofurantoïna.

| TRACTAMENT EMPÍRIC ELECCIÓ | TRACTAMENT DIRIGIT |
|---|--|
| <p>Piperacil.lina/tazobactam 4 g-500 mg/8h EV 7 dies</p> <p><u>Al·lèrgia a penicil·lines:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Aztreonam 1 g/8h EV, 7 dies | <p>Mantenir via IV fins defervescència i posteriorment completar tractament amb:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cotrimoxazol 800/160 mg/12h OR 7 dies• Ciprofloxacina 500 mg/12h OR 7 dies |

XOC SÈPTIC D'ORIGEN URINARI

- Sempre fer urocultiu i hemocultiu

| TRACTAMENT EMPÍRIC ELECCIÓ | TRACTAMENT EMPÍRIC ALTERNATIVES | TRACTAMENT DIRIGIT |
|---|--|---|
| <p>Meropenem 1 g/8 h EV + Amikacina 15-20 mg/kg/24h EV¹¹</p> <p><u>Si sonda vesical permanent afegir:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Vancomicina 15 mg/kg/8-12h EV <p>o</p> <ul style="list-style-type: none">• Teicoplanina 6 mg/kg/12h EV | <p><u>Si al·lèrgia a penicil·lines:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Aztreonam 2 g/8h EV + amikacina 20 mg/kg/24h⁷EV | <p>Considerar trasllat del pacient a hospital aguts</p> |

¹¹Es recomana monitorització nivells plasmàtics.

ORQUIEPIDIDIMITIS

- Sense sospita de malalties de transmissió sexual.
- Rendiment de l'urocultiu molt baix.

TRACTAMENT EMPIRIC ELECCIÓ

Ceftriaxona 1 g/24h EV/IM/SC 3 setmanes¹²

Si al·lèrgia a penicil·lines:

- Aztreonam 1 g/8h EV

¹² Si resposta clínica ràpida escurçar el tractament a 2 setmanes

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- EAU Guidelines on Urological Infections. Bonkat G, Bartoletti R, Bruyere F i col. European Association of Urology 2022.
<https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Urological-Infections-2022.pdf>
- 2.- de Cueto M, Aliaga L, Alós J-I i col. Executive summary of the diagnosis and treatment of urinary tract infection: Guidelines of the Spanish Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (SEIMC). *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2017;35(5):314-320. doi:10.1016/j.eimc.2016.11.005
- 3.- Zeng G, Zhu W, Lam W i col. Treatment of urinary tract infections in the old and fragile. *World J Urol*. 2020;38(11):2709-2720. doi:10.1007/s00345-020-03159-2
- 4.- Cistitis no complicada en mujeres: 5 estrategias para mejorar la prescripción. Diego L, Robert L, Pellicer A i col. *Butlletí d'informació terapèutica*. 2020; 31(2).
- 5.- van Buul LW, Vreeken HL, Bradley SF, i col. The Development of a Decision Tool for the Empiric Treatment of Suspected Urinary Tract Infection in Frail Older Adults: A Delphi Consensus Procedure. *J Am Med Dir Assoc*. 2018;19(9):757-764. doi:10.1016/j.jamda.2018.05.001

ANNEX I: FACTORS DE RISC DE MICROORGANISMES RESISTENTS

- Ús d'antibiòtics als tres mesos anteriors (especialment cefalosporines de 3a generació i quinolones)
- Antecedents de colonització o infecció prèvia per microorganismes multirresistents
- Hospitalització recent (últims tres mesos)
- Pacients amb ITUs recurrents

ANNEX II: DIAGRAMA PER A LA PRESA DE DECISIONS PER A INSTAURAR UN TRACTAMENT EMPÍRIC EN SOSPITES DE ITU EN ANCIANS



