



**Hospital Universitari**  
**MútuaTerrassa**



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

## AP/Hospital: dos visiones de un mismo paciente. Tres casos clínicos

Michele Gerardo De Luca – R3  
Gerard Carreras Pierres – R2  
Mikel Fernández Jauregui – R1  
Marta Torres Lou – Tutora  
Família C.A.P. Rambla

Hospital Universitari MútuaTerrassa, Terrassa

# Caso clínico

- Paciente mujer de 35 años, AP de **Hipertensión Arterial** en tratamiento con **Enalapril 20mg/24 h**, con buen control de cifras tensionales.
- Elevación de cifras tensionales en el postparto (153/95 mmHg) y **microalbuminuria** (94 mg/g), por lo que por posible **preemclampsia** (sin clínica hipertensiva) requirió Metildopa.
- Tres años después (Diciembre 2018), presenta clínica de mareos, sin giro de objetos ni otra sintomatología asociada, con buen control de cifras tensionales (130/80 mmHg), por lo que abandonó tratamiento farmacológico antihipertensivo.
- Se reintroduce Enalapril 10mg/24 h y se solicita analítica de control donde se objetiva nuevo pico de microalbuminuria (58.8 mg/g). Por estos hallazgos, realizamos MAPA y ecografía.



# Caso clínico

- Más allá de la preeclampsia, la HTA a tan temprana edad siempre debe obligarnos a sospechar un origen secundario de la enfermedad.
- Entre datos tan dispares (buen control tensional con empeoramiento de función renal), siempre hay que valorar y reevaluar antecedentes familiares y personales con el máximo detalle.

# Crisis hipertensiva

- Crisis hipertensiva (CH) como aquella elevación aguda de la presión arterial (PA) que puede producir lesiones en órganos diana. Arbitrariamente se han establecido cifras de PA sistólica 180-210 mmHg y PA diastólica 110-120 mmHg (que varían en función del documento de consenso consultado).
- Una mención específica merece la hipertensión en el embarazo, ya que cifras de PA 170/110 mmHg son suficientes para producir preeclampsia y eclampsia.

## Definición de crisis hipertensiva según distintas guías de consenso

Guía Europea de las Sociedades de Hipertensión Arterial y Cardiología	$\geq 180/120$ mmHg
Societat Catalana d'Hipertensió Arterial	$\geq 190/110$ mmHg
Sociedad Española de Hipertensión Arterial	$\geq 210/120$ mmHg

# Crisis hipertensiva

Dentro del concepto de CH, cabe diferenciar cuatro situaciones:

- **Emergencia hipertensiva (EH):** elevación aguda de PA que se acompaña de alteraciones orgánicas graves. Suponen riesgo irreversible y requieren un descenso precoz de PA en pocas horas con tratamiento endovenoso a nivel hospitalario.
- **Urgencia hipertensiva (UH):** elevación aguda de la PA asintomático o con síntomas inespecíficos que no implica una afectación grave de órganos diana y que, no supone un riesgo vital inmediato. Permite un tratamiento (horas-días) con medicación oral y un abordaje inicial extrahospitalario.
- **HTA acelerada o maligna:** CH que se acompaña de exudados retinianos o edema de papila y puede asociarse a nefropatía o encefalopatía. Suele manifestarse con alteraciones visuales o urinarias. Aunque generalmente no supone un riesgo vital inmediato y se considera una forma de UH, el manejo inicial será hospitalario.
- **Seudocrisis hipertensiva o falsa UH:** elevación tensional aguda asintomática sin repercusión orgánica, reactiva a estímulos agudos como dolor intenso o cuadros de ansiedad. Habitualmente no precisa tratamiento específico ya que los valores de PA se normalizan cuando desaparece el factor desencadenante.

# Crisis hipertensiva

- Debe interrogarse la existencia previa de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento, ya que una de sus causas frecuentes es el **abandono terapéutico**.
- Las UH pueden iniciarse sin o con síntomas. Los más frecuentes son: **cefalea, mareo, palpitaciones, epistaxis**.
- En las **EH** hay percepción de compromiso vital del paciente y requieren **traslado urgente al hospital**. Aunque es fundamental confirmar las cifras elevadas de PA, la gravedad de la situación debe ser valorada por la afectación de órganos diana y no por las cifras tensionales exclusivamente.
- La UH puede tratarse inicialmente en Atención Primaria (AP), considerando el captopril por vía oral como fármaco de primera elección. Deben **evitarse actitudes agresivas a la hora de descender la PA**.

# Crisis hipertensiva

- Emergencias hipertensivas

- **Neurológicas**

- Encefalopatía hipertensiva
    - Enfermedad cerebrovascular aguda: isquémica y hemorrágica
    - Hemorragia subaracnoidea
    - Traumatismo craneoencefálico o medular

- **Cardiovasculares**

- Insuficiencia cardiaca izquierda
    - Síndrome coronario agudo
    - Aneurisma disecante de aorta

- **Renales**

- Insuficiencia renal aguda

- **Embarazo**

- Preclamsia grave-eclampsia

- Urgencias hipertensivas

- HTA maligna o acelerada

- **Pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular**

- **Periodos preoperatorios y posquirúrgicos**

- **Exceso de catecolaminas circulantes**

- Ingesta de cocaína, anfetaminas u otras drogas de diseño
    - Feocromocitoma
    - Interacción de los IMAO con tiamina y ciertos fármacos
    - Supresión brusca de algunos antihipertensivos (bloqueadores beta)
    - Crisis de pánico

- **Trasplantados renales**

- **Quemaduras extensas**

# Manejo en Atención Primaria

- **Descartar EH**, el objetivo de la UH es reducir la PA a  $< 210/120$  mmHg (o disminución un 20-25% de los valores iniciales) en 2-3 horas, sin normalizar totalmente su valor, puede alcanzarse en **días o semanas**.
- Con 30-60 minutos de reposo se pueden controlar el 45% de las CH que se derivan a los hospitales. Es preferible una actitud expectante tras reducir la PA a 160/100 mmHg.
- Si ansiedad, valorar la administración **diazepam 5-10 mg**. Si transcurridos 30 minutos PA  $>200$  y/o 120 mmHg, se administra hipotensor, por vía oral.
- La elección del tratamiento hipotensor dependerá de diagnóstico previo de HTA y tratamiento crónico respectivo o una UH en un paciente sin antecedentes de HTA.



# Manejo en Atención Primaria

- **Hipotensores disponibles** para el tratamiento de las UH: **no hay consenso**. De elección, **vía oral** (captopril puede utilizarse por vía sublingual).
- En pacientes sin antecedentes de HTA ni de tratamiento hipotensor, se administra por vía oral: **captopril 25-50 mg, labetalol 50-100 mg, atenolol 50 mg o amlodipino 5-10 mg** (grado de recomendación C).
- **Captopril 25 mg**: inicia su acción a los 15-30 minutos, máximo efecto a los 50-90 minutos, duración de 6-12 horas. Si TA >200/120 mmHg, se podrá repetir la dosis 2-3 veces a intervalos de 30 minutos hasta un máximo de 100 mg. **Contraindicaciones**: insuficiencia renal, hiperpotasemia, sospecha de HTA renovascular, monorrenos, embarazo o angioedema.
- **La reducción brusca de la PA está contraindicada** por el riesgo de provocar isquemia cerebral, miocárdica o renal, especialmente en hipertensos crónicos. Se desaconseja el nifedipino oral o sublingual (aumento de la mortalidad global, IAM u otros EA).

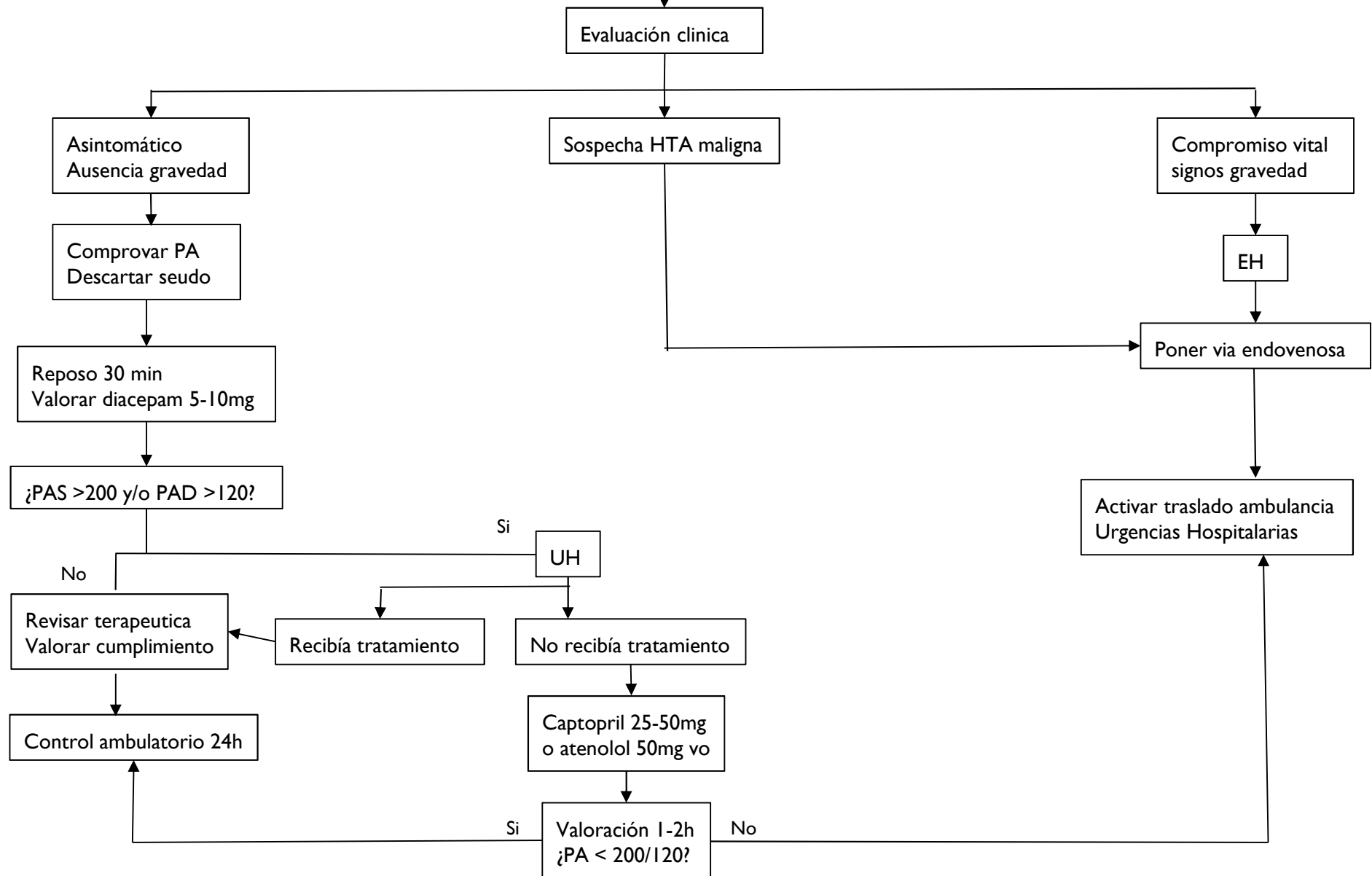
# ¿Cuándo derivar?

- **EH. Vía venosa periférica, oxigenoterapia y derivar.** Tratamiento oral si el estado del paciente lo permite, se prevé una demora en el traslado y no hay clínica de ictus (en la fase aguda es frecuente encontrar valores de PA muy elevados como respuesta fisiológica para mantener la perfusión cerebral es importante no administrar tratamientos antihipertensivos, excepto si la PA >220/120 mmHg, con el objetivo de disminuirla un 10-15%). En los centros de AP disponen de **furosemida 20 mg iv**, estaría indicada en edema agudo de pulmón. En el caso de la EH en el ictus, **labetalol 10-20 mg iv** y si contraindicado, enalapril 1 mg iv.
- Se sospeche **HTA maligna**.
- Se trate de una UH en la que después de nuestro abordaje inicial y pasadas 2-3 horas **persisten valores de PA 200 y/o 120 mmHg**.

Adicionalmente, en caso de encontrarnos las siguientes situaciones clínicas:

- Paciente con dolor torácico y signos electrocardiográficos de síndrome coronario agudo: se activará el Código Infarto (**Código IAM**).
- Paciente con focalidad neurológica se activará el **Código Ictus**.

PAS >180-210 mmHg y/o PAD >110-120mmHg



# CASO CLÍNICO

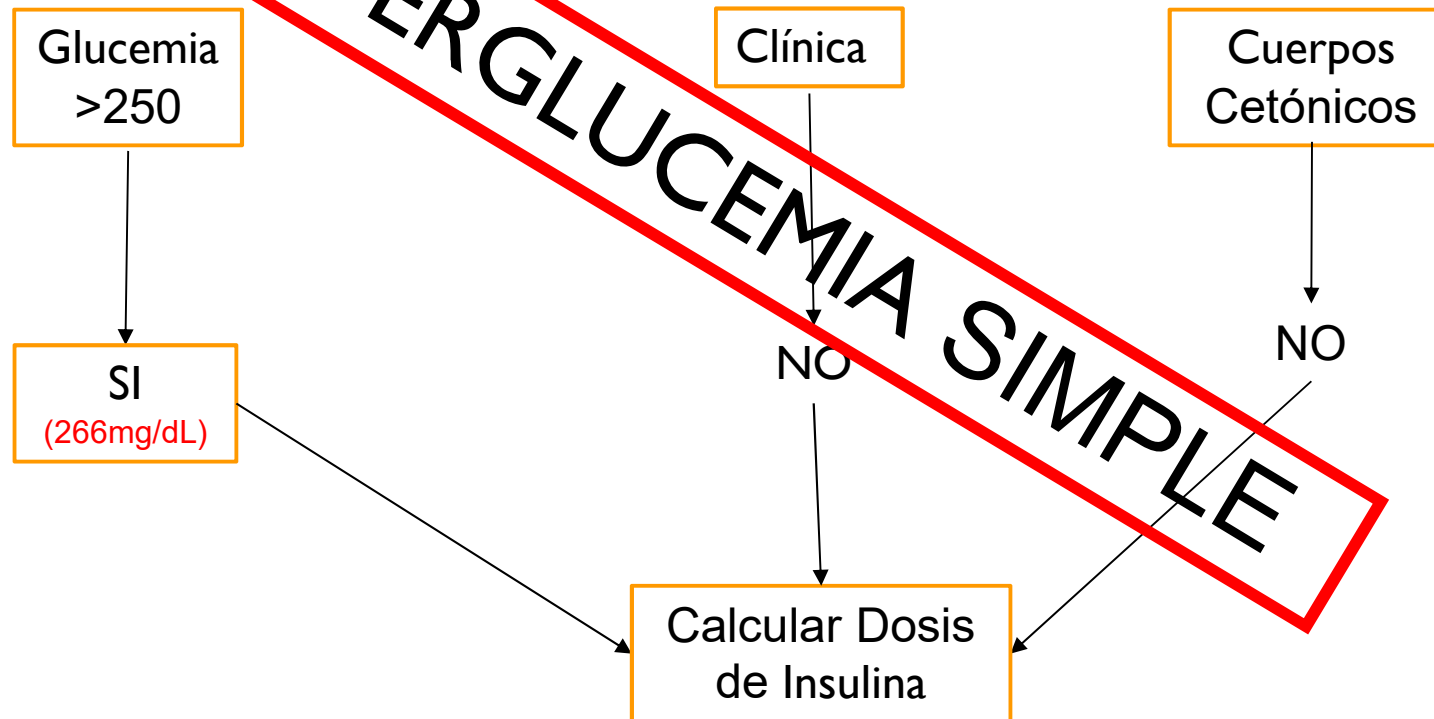
Varón de 49 años que acude a urgencias del CAP por presentar glucemias altas en domicilio. A su llegada no presenta clínica, BM test con glucemia de 266 mg/dL y tira reactiva que muestra glucosuria; sin presentar cuerpos cetónicos.

## Antecedentes

- ❖ Hombre altura 171 cm, peso 100 Kg e IMC 34,71
- ❖ Hipertrigliceridemia en tratamiento con secalip
- ❖ Hipertensión arterial en tratamiento con telmisartán
- ❖ Síndrome ansioso-depresivo
- ❖ Diabetes Mellitus
  - Diagnosticado en el 2003 a los 33 años
  - HbA1c previas 9-10,3% desde 2017
  - Intolerancia/ ineficacia a Metformina, Trulicity y Victoza
  - Tratamiento actual con Toujeo, Gliclazida y Edistride
- ❖ Sin pruebas de autoinmunidad

# ¿Qué hacer?

- Caso Actual en Urgencias del CAP



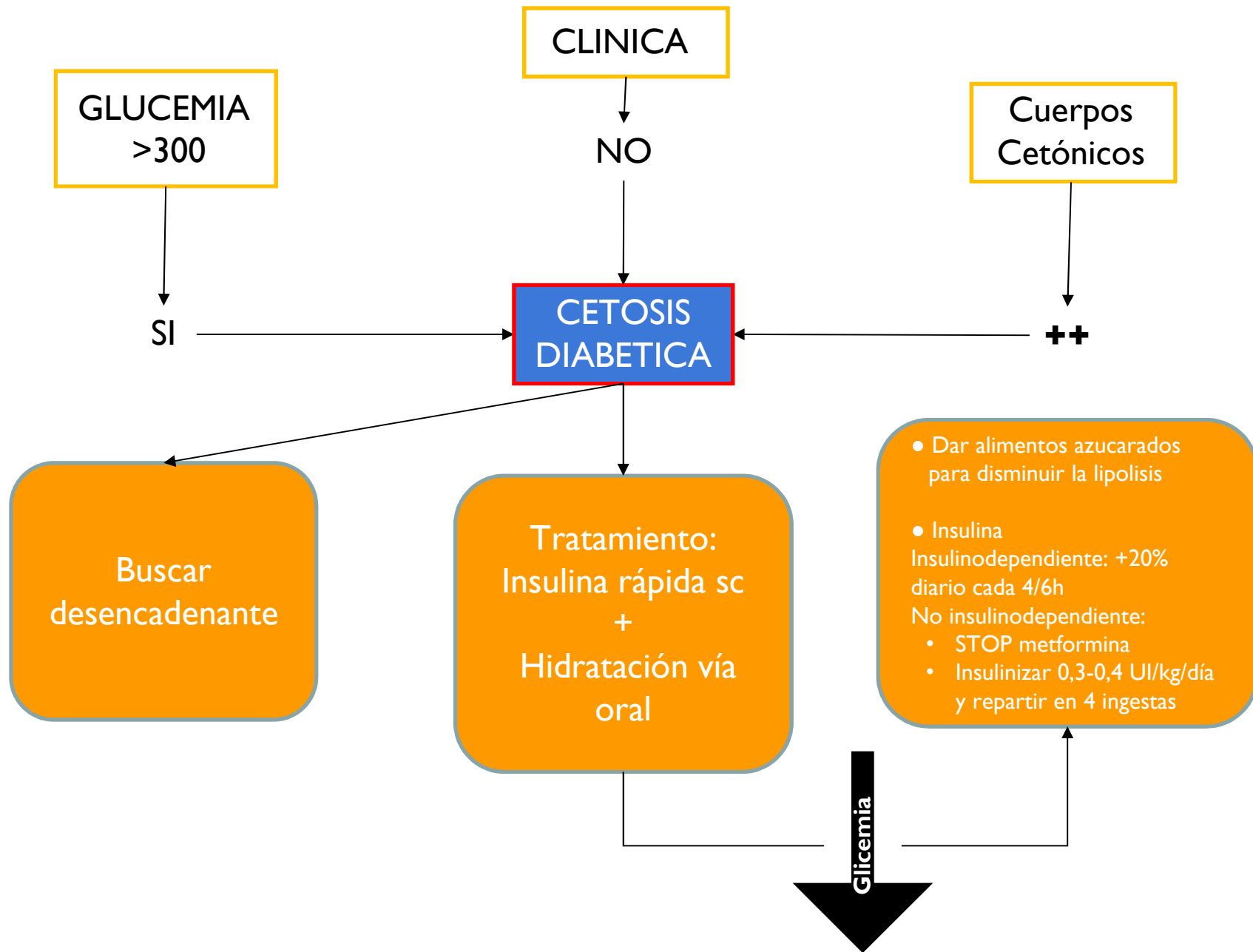
# Calcular Dosis de Insulina

- Paciente insulizado:
  - Calcular Factor Sensibilidad Insulínica (FSI)
    - FSI 1800 o 1500/ insulina total diaria
- Paciente con antidiabéticos orales:
  - Calcular FSI
    - Dieta: 0,2-0,3 x Peso
    - Monoterapia: 0,3-0,4 x Peso
    - Combinación de fármacos: 0,4-0,5 x Peso

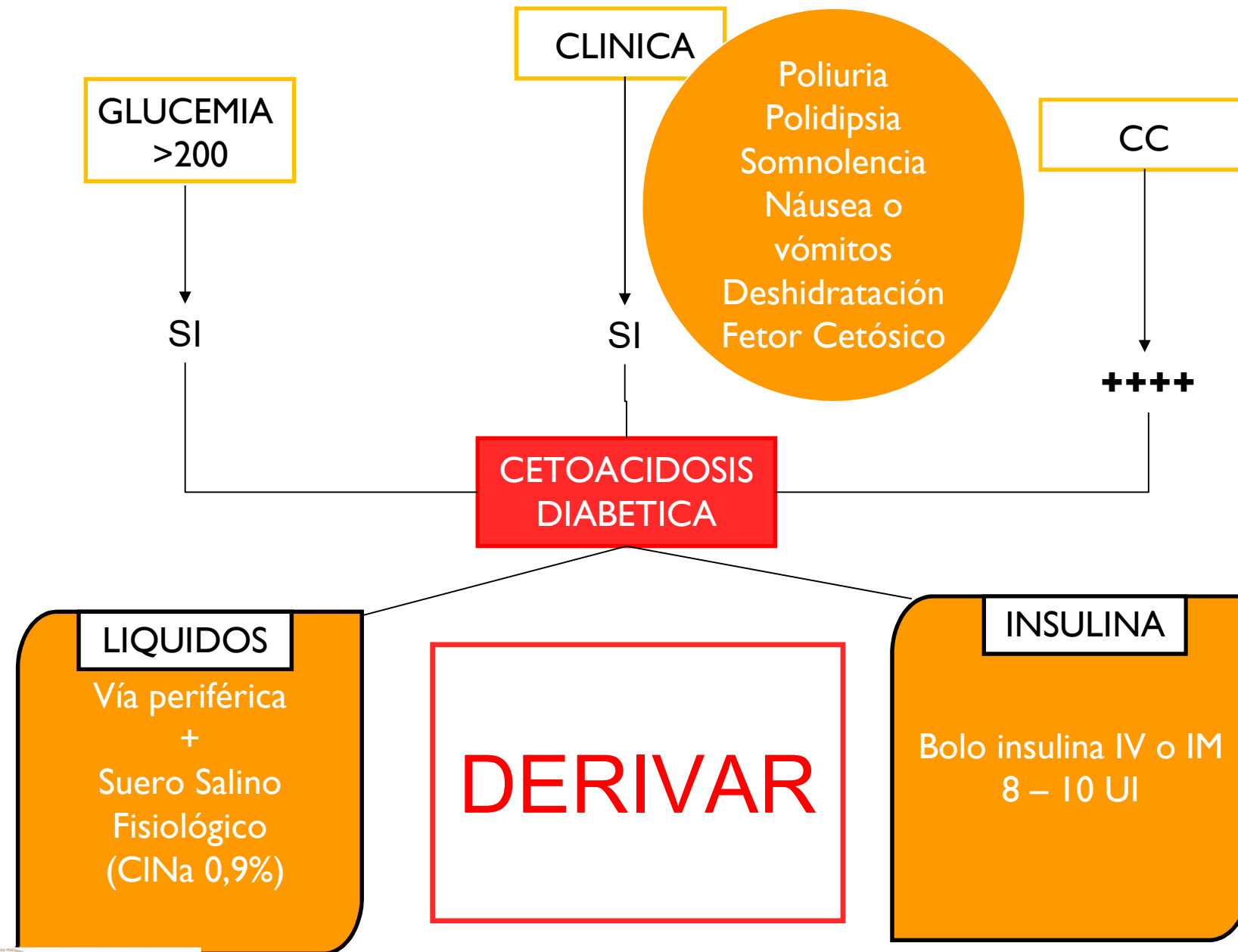
**(Glucemia actual - Glucemia ideal) / FSI = n° UI a aplicar**

# Categorización de la cetosis

CETOSIS	Cetonemia (mmol/L)	Cetonuria
Negativa	$\leq 0,5$	-
Indicios	0,6 – 0,9	+
Leve	1 – 1,4	++
Moderada	1,5 – 2,9	+++
Grave	$> 3$	++++





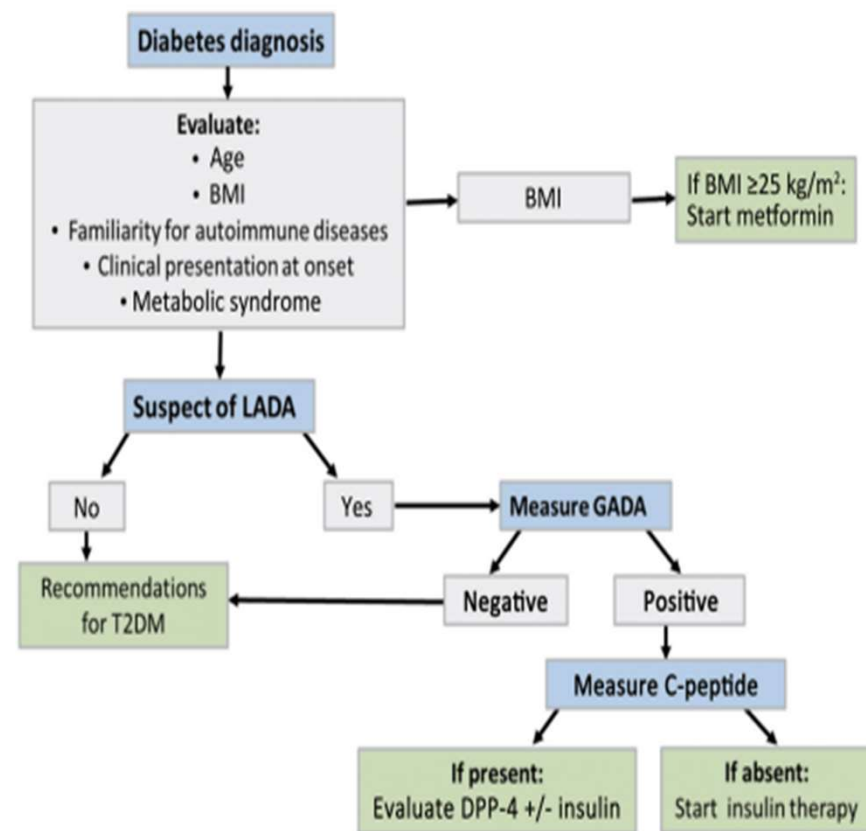


# CRITERIOS DE DERIVACIÓN

- Glucemia  $>400$  mg/dL y/o cetonuria máxima
- Vómitos incoercibles o imposibilidad para mantener la hidratación oral
- Alteración de la respiración o de la consciencia
- Evolución de la descompensación  $>24$ h
- Ausencia de mejoría a las 12-24h de iniciar tratamiento
- Imposibilidad para aplicar medidas terapéuticas.

# ¿Posibilidad de LADA?

- Diagnosticado con 33 años.
- ADO poco efectivos o no tolerancia.
- Necesidad de insulina desde el inicio.
- Aunque actualmente IMC >25, cuanto tenía a su diagnóstico?
- Antecedentes familiares de autoinmunidad desconocidos.



# Estado Hiperglucémico Hiperosmolar Hospitalario

- Inicio insidioso
- Síntomas cardinales de DM
- Causas desencadenantes
  - Infecciones
  - Errores/ abandono del tratamiento
  - Situaciones que ↑ la pérdida de agua libre
  - Alcohol y fármacos

## **Pruebas Complementarias:**

- Analítica: glucosa >600mg/dL, Hiperosmolaridad, plasmática >320m Osm/L, Hemograma, Urea, creatinina y Na normales o ↑
- Gasometría arterial
- Orina: cetonúria y osmolaridad
- ECG

# CAD / SHO

	CAD	SHO
Glucemia	>250 mg/dL	>600 mg/dL
Desencadenante	Infección	Infección, OH error/abandono tto, farmacos
HCO <sub>3</sub> (mEq/l)	<15	>15
pH	<7.35	No Acidosis
Cetonemia	POSITIVA	+/-
Cetonuria	POSITIVA	+/-
Osmolaridad	VARIABLE	> 320 mOsm/kg
Estado mental	Alerta/Coma	Estupor/ Coma

# Tratamiento SHO

## 1. Tratar factor desencadenante

## 2. Control diuresis (+/- sonda)

## 3. Glucemia capilar horaria hasta glucemia <300 mg/dL → c/8h

## 4. Reposición hídrica (Cuidado ICC)

- 1L de SF en 30-60 min → 1L (2ºh) → 2L (6º h) → seguir SF hasta glucemia <300 mg/dL
- 3L/ 24h SF en <300 mg/dL

## 5. Insulinoterapia

- Bolo Insulina Rápida IV 0,1 UI/Kg
- Perfusión de insulina a 0,1 UI/Kg/dL (50 UI en 500mL) →
- STOP si glicemia <300 mg/dL

<50 mg/dL/h: ↑ en 20 mL/h

¿Descenso?

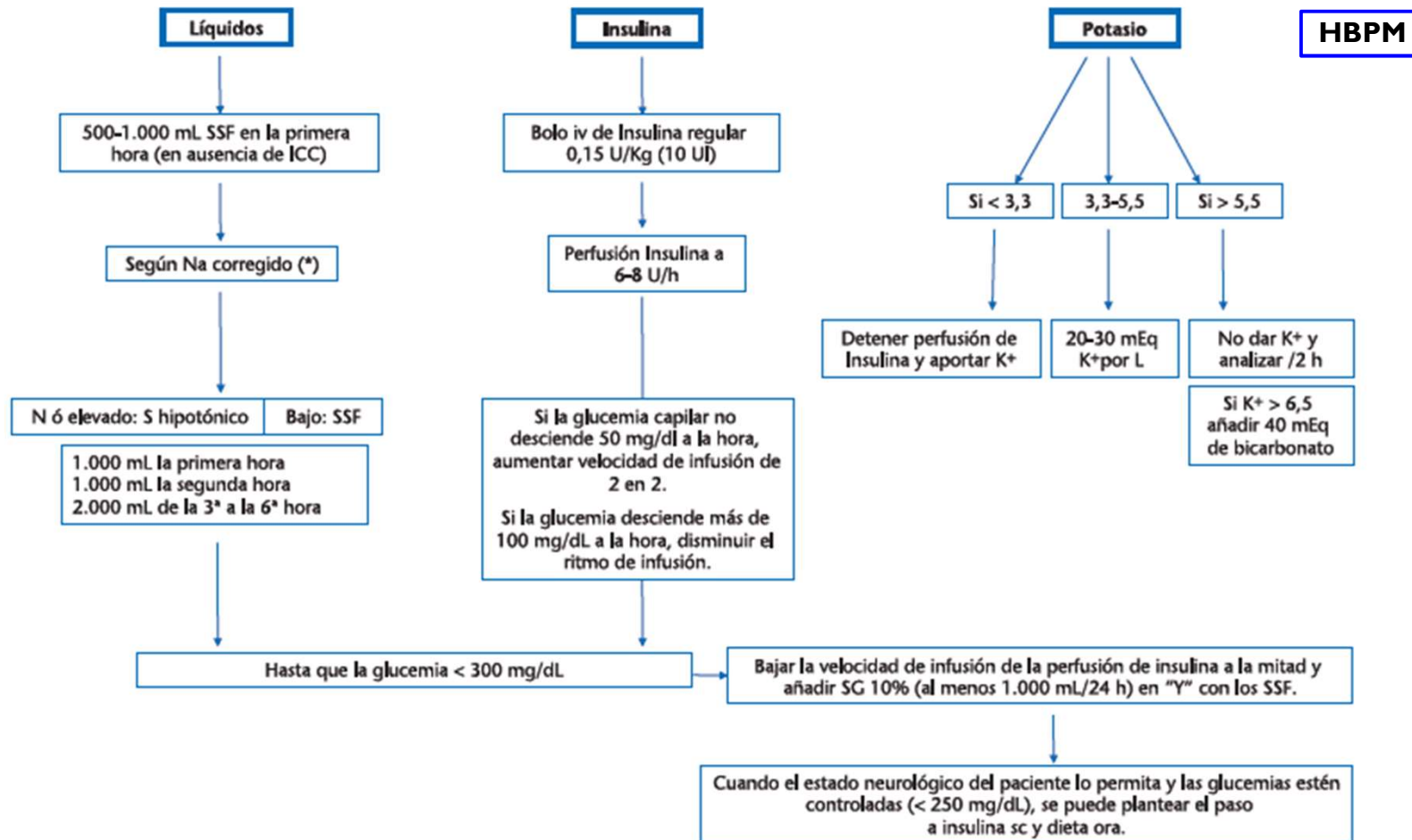
## 6. Potasio

- <3,3 mEq/L: STOP perfusión y aportar potasio (40 mEq/h)
- 3,3-5,3 mEq/L: aportar 20-30 mEq/L
- >5,3 mEq/L: no aportar potasio

>100mg/dL/h: ↓ en 20mL/h

## 7. HBPM (individualizar): disminuye riesgo de trombosis

# Tratamiento SHO



# Cetoacidosis Diabética en UCIEs

- Mortalidad 5-10%
- Desencadenante más frecuente infección
- 10% de los casos presentan coma
- Complicaciones:
  - Hipopotasemia
  - Edema cerebral
  - Distres respiratorio
  - Tromboembolismo

## **Pruebas Complementarias:**

- Analítica: glucosa, sodio, osmolaridad plasmática, hemograma creatinina y urea
- Gasometría arterial
- Orina: pH, glucosa y cuerpos cetónicos
- ECG



# Tratamiento CAD

## 1. Líquidos: calcular déficit hídrico y calcular sodio corregido

- Na normal/↑: suero HIPOTÓNICO a 0,45%
- Na ↓: suero FISIOLÓGICO a 0,9%
- Ritmo: 1-2h 1000mL/h → 3-6h 500mL/h → 3000mL/24h

## 2. Insulina

- Bolo inicial IV directo 0,15UI/Kg (10UI)
- Seguir perfusión a 6-8UI/h (50UI/ 500mL a 60mL/h) →
- En glucemia <250mg: reducir ritmo a la mitad
- Pasar a VO si no cetosis y glucemia controlada (<200mg/dl)

<50mg/dL/h: ↑ en 2UI

¿Descenso?

>100mg/dL/h: ↓ infusión

## e. **No suspender perfusión hasta 2h después del inicio de la insulina SC**

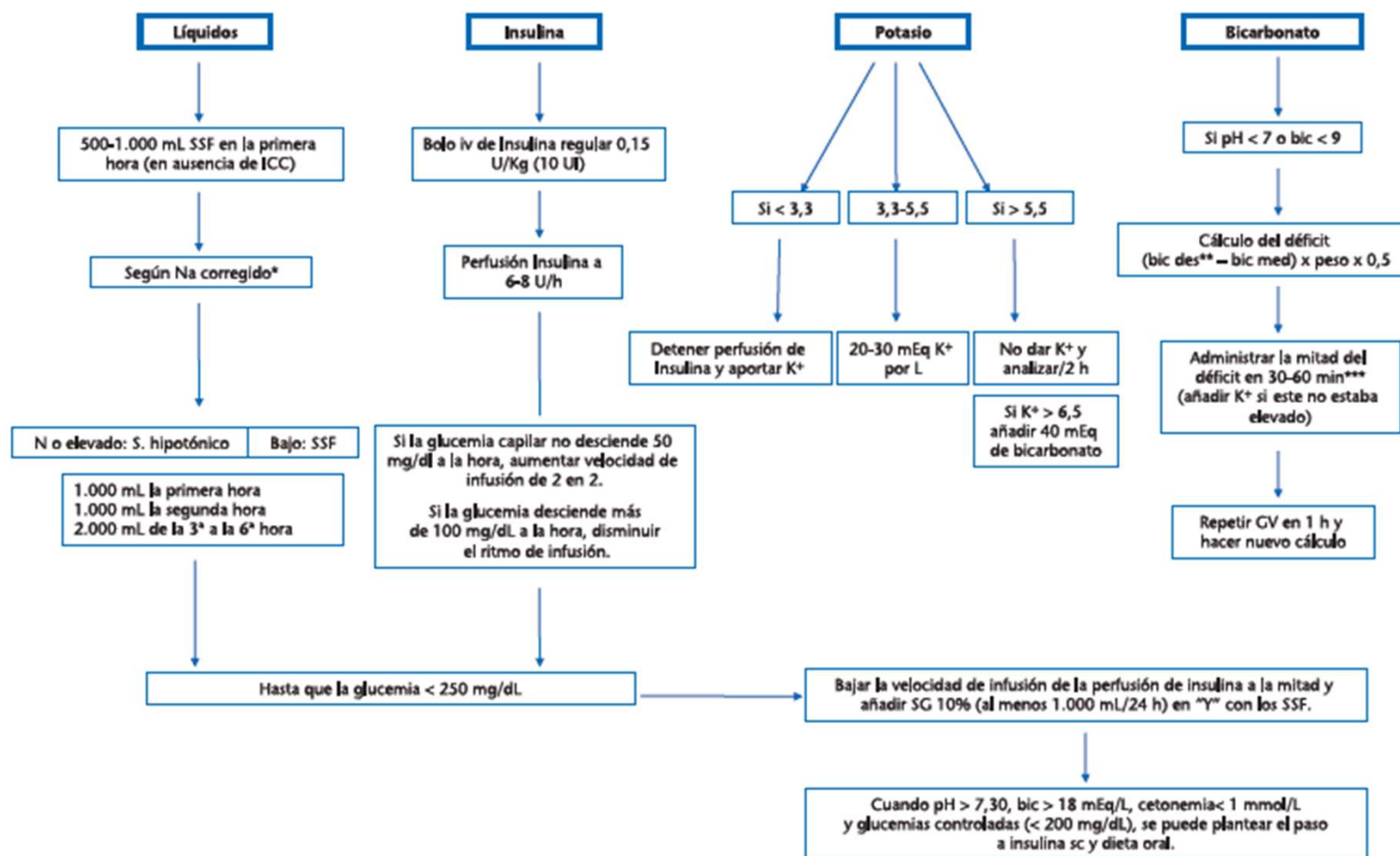
## 2. Potasio

- <3,3mEq/L: STOP perfusión y aportar potasio (20-40mEq/h)
- 3,3-5,3mEq/L: aportar 20-30mEq/L
- >5,3mEq/L: no aportar potasio

## 3. Bicarbonato: pH <7, HCO<sub>3</sub> <5, K >6.5, depresión respiratoria o HTA refractaria

Calcular Deficit → 50% en 1h → GSV + recalcular

# Tratamiento CAD



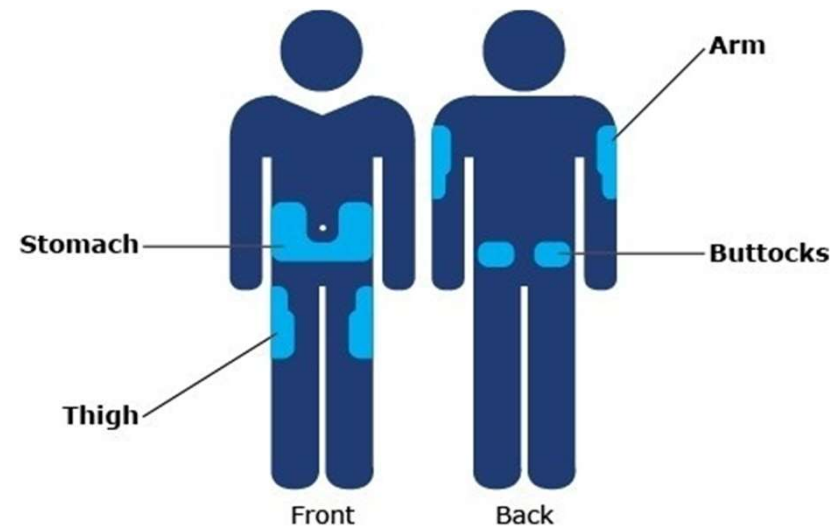
# ¿Y al alta?

## Modificar tratamiento

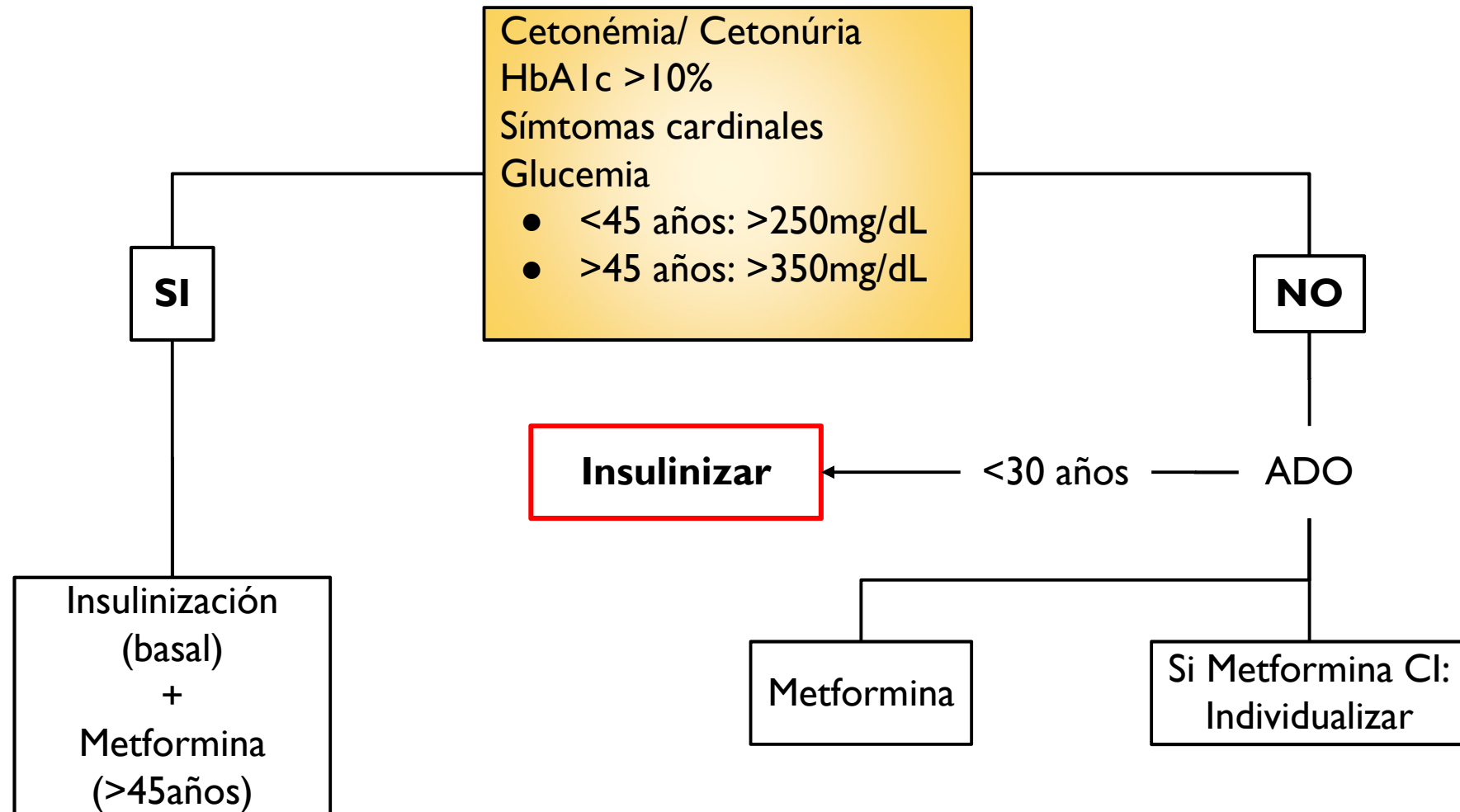
- HbA1c >10% + BM test ↑ en UCIES o >3meses
- Tratamiento previo contraindicado
- Cuando el tratamiento actual sea el motivo de la consulta
- Hiperglucemia >350mg/dL puntual o >250mg/dL persistentemente elevada sin desencadenante.

## Iniciar tratamiento

- Debut diabético
- Datos de insulinopenia



# ¿Cómo tratarlo al Alta?



# ¿Cuándo Derivar a Hospital de Día?

## 1. Debut DM

- DMI siempre
- DM2 si insulinopenia

## 2. Descompensación Aguda

- DM2 insulínico con mal control glucémico en >3-5 días
- DMI → Cetosis simple o hiperglucemia simple >6h

## 3. Diabetes esteroidea: hiperglicemia aguda por corticoides (tto >2-4 semanas), sin conseguir controlarse desde su CAP

### BUSCAS

- Endocrino: 67550 o 616027550
- Enfermería: 64620
- Educadoras: 639410201 / 616021526

# CASO CLÍNICO



- 36 años
- Sin AMC
- No AP de ITUs ni cólicos nefríticos, ni otros de importancia
- MC fiebre, malestar general molestias en región lumbar izq, dolor abdominal, náuseas y leve molestia al orinar.

# INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO



## SEGÚN SU LOCALIZACIÓN

- **BAJAS**
  - CISTITIS
  - URETRITIS
  - PROSTATITIS
- **ALTAS**
  - PIELONEFRITIS
  - ABSCESO RENAL

# INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO

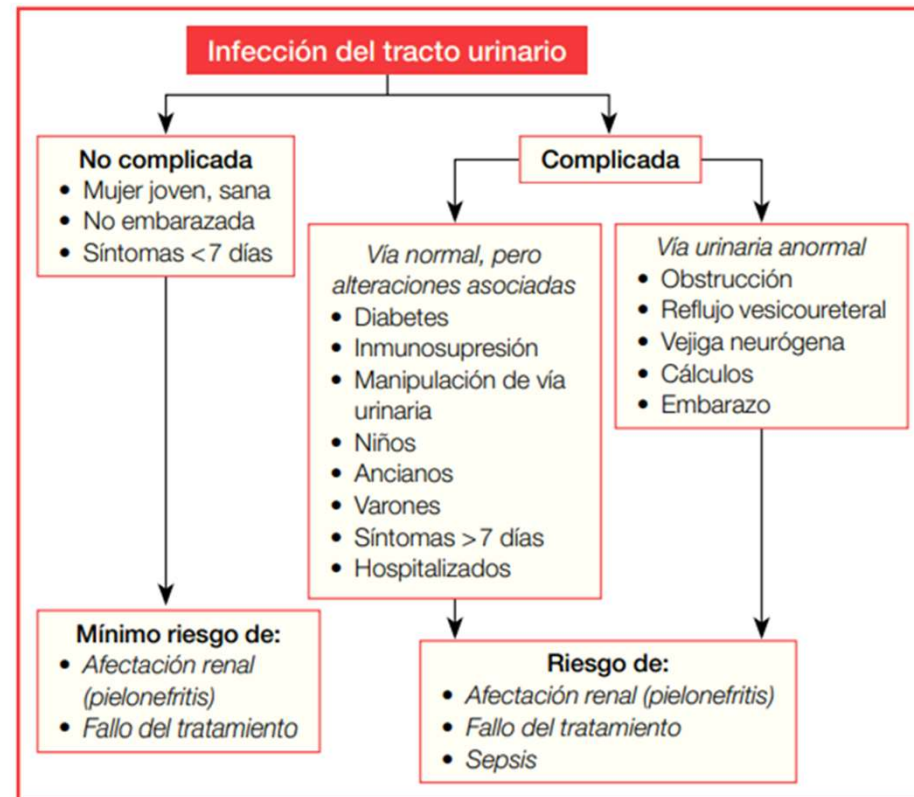
## SEGÚN LA EXISTENCIA O NO DE COMPLICACIONES

### • NO COMPLICADAS

- CISTITIS
- URETRITIS

### • COMPLICADAS

- NO CUMPLE LOS CRITERIOS DE LA NO COMPLICADA



Rabaneque, G. Redondo J. Infecciones urinarias. Sesiones clínicas en APS. SEMFYC 2007



## DATOS DE INTERÉS

- Infección bacteriana del parénquima renal y del sistema colector
- En mujeres, aprox un 20% de las bacteriemias extrahospitalarias se deben a pielonefritis, presentando la mayoría TU normal.
- Es común en mujeres jóvenes y embarazadas después del cateterismo de la vejiga.
- Es rara en hombre con TU normal, debiéndose a un defecto funcional o anatómico
- El 95% de los casos es por vía ascendente a través del TU. Aunque las obstrucciones son factores predisponentes (estenosis, cálculos, tumores, vejiga neurogénica, reflujo vesicoureteral)

# ETIOLOGÍA MÁS FRECUENTE

Tabla IV. Gérmenes causantes de pielonefritis aguda

## Microorganismo

### Infección ascendente

<i>E. coli</i>	80-90%
<i>Proteus mirabilis</i>	2-5%
<i>Klebsiella</i>	2-5%
<i>Pseudomona</i>	1%

### Infección hematógena

<i>Staphylococcus aureus</i>	2-5%
<i>Candida albicans</i>	1-3%

Piera M. Infecciones urinarias. Prevención y tratamiento. Elsevier. Vol 17, Nro 6. 2003.

# CLÍNICA

- FIEBRE BRUSCA +/- ESCALOFRÍOS
- DOLOR EN FOSA RENAL A VECES IRRADIADO A TUI
- SÍNDROME MICCIONAL (POLAQUIURIA, URGENCIA MICCIONAL, DISURIA)
- SÍNTOMAS CONSTITUCIONALES
- EN ANCIANOS: SD CONFUSIONAL AGUDO
- EN DIABÉTICOS: HIPERGLUCEMIA

# MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA

- Asegurar BEG y tolerancia oral
- Antitérmicos
- Ingesta hídrica abundante
- Antibiótico empírico
- Urocultivo antes del ATB
- Control de respuesta terapéutica a las 48 horas, o antes si mala evolución (intolerancia oral, persistencia de fiebre, etc.)
- Adecuación del tratamiento según antibiograma, si es correcto continuar ATB hasta 14 días
- Urocultivo postratamiento

# PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En un primer episodio, **NO** es necesaria la realización de PPCC (ecografía o radiografía de abdomen)

Únicamente estarían indicadas en las siguientes circunstancias:

- Ecografía o TC de urgencia si sospecha de PNA obstructiva o absceso renal (shock séptico, IRA, masa renal, persistencia de la fiebre al 3er día del ttm ATB dirigido)
- Pacientes con un segundo episodio de pielonefritis aguda
- Antecedentes de cólico nefrítico

Smithson, A. Abordaje de la pielonefritis aguda en urgencias. Emergencias 2009; 21:323-324

# TRATAMIENTO

## Tratamiento empírico de las infecciones del tracto urinario en la comunidad

Cuadro clínico	Pauta antibiótica empírica recomendada	
	1.º elección	Alternativa
Cistitis aguda no complicada en mujeres (< 3 episodios año)	Fosfomicina-trometamol 3 g/dosis única (vo) (GR: A) <sup>a</sup>	Nitrofurantoína macrocristalina 100 mg/12 h (vo), 5 días (GR: A) TMP/SMX 160/800 mg/12 h (VO), 5 días (GR: B) Amoxicilina-ácido clavulánico 500/125 mg, 5 días (GR: C)
Cistitis agudas complicadas Incluyendo las recurrentes agudas y varones ancianos	Amoxicilina/ác. clavulánico 500 /125 mg/8 h (vo), 7 días <sup>b</sup> (GR: A)	Cefuroxima-axetilo 250-500 mg/12 h (vo), 7 días (GR: A) Cefixima 200 mg/12 h (vo), 7 días (GR: A) Cefalexina 500 mg/12 h (vo), 7 días (GR: A) Fosfomicina cálcica 500 mg/8 h, (vo), 7 días (GR: B) Ciprofloxacino 500 mg/12 h (vo), 7 días (GR: B)
Cistitis recurrente <sup>c</sup> por recidiva <sup>d</sup>	Tratar nuevo episodio de ITU según urocultivo <sup>b</sup> (GR: A)	Si no se puede esperar: tratar de forma empírica un antibiótico distinto del primer tratamiento (ineficaz), hasta resultado de antibiograma (GR: B)
Cistitis recurrentes <sup>c</sup> no complicadas por reinfecciones <sup>e</sup>	Tratar cada episodio de ITU sintomática como una nueva infección <sup>b</sup> (GR: A)	<i>Profilaxis continua</i> con: TMP/SMX 40-80 mg/200 mg/día (VO), durante 6-12 meses (GR: C) o Cefaclor 250 mg/día (vo), durante 6-12 meses (GR: C) <i>Valorar autotratamiento de los episodios de cistitis<sup>b</sup></i> (GR: C)
	<i>Valorar profilaxis continua<sup>f</sup>:</i> Fosfomicina-trometamol 3 g/dosis única 3 g/10 días, durante 6-12 meses (GR: B) o Cefalexina 125-250 mg/día (vo), durante 6-12 meses (GR: B)	
	<i>Profilaxis intermitente en ITU poscoital<sup>g</sup>:</i> Fosfomicina-trometamol 3 g (vo)	
ITU durante el embarazo <sup>h</sup>	Bacteriuria asintomática: Fosfomicina-trometamol 3 g/dosis única (vo) (GR: A)	Cefuroxima-axetilo 250 mg/12 h. (vo), 5-7 días (GR: B) Cefalexina 500 mg/6 h (vo), 5-7 días (GR: B) Cefixima 400 mg/día (vo), 7 días (GR: B) Fosfomicina cálcica 500 mg/8 h, (vo), 7 días (GR: B) Nitrofurantoína 100 mg/12 h (vo), 5-7 días (GR: B)
	Cistitis: Fosfomicina-trometamol 3 g/dosis única (vo) (GR: A) Amoxicilina/ác. clavulánico 500 /125 mg/8 h (vo), 5-7 días (GR: A)	
ITU en sondado (sintomática) <sup>i</sup>	Tratar según antibiograma <sup>k</sup> . Si no puede esperar <sup>l</sup> Amoxicilina/ácido clavulánico 500/125 mg/8 h, 7 días <sup>b</sup> (GR: A)	Cefixima oral, 200 mg/12 h o 400 mg/24 h (vo), 5-7 días (GR: A) Cefuroxima-axetilo 500 mg/24 h (vo), 7 días (GR: A) Ciprofloxacino 500 mg/12 h. 7 días (GR: A)
Pielonefritis no complicada	Ciprofloxacino 500-750 mg/12 h (vo), 7-10 días (si las resistencias a FQ < 10%) <sup>m,n</sup> (GR: A) o amoxicilina-ácido clavulánico 500/125 mg/8 h (vo), 10-14 días (GR: A)	Cefixima 400 mg/día (vo), 10-14 días (GR: A) Cefuroxima axetilo 500 mg/12 h (vo) 10-14 días (GR: A) Cefpodoxima proxetilo 200 mg/12 h (vo), 10-14 días (GR: A) Levofloxacino 750 mg/día (vo), 5-7 días (GR: A) Iniciar intensificación con gentamicina 240 mg (im) o iv o tobramicina 200 mg/24 h (im), los primeros 2-3 días y luego pasar a vo (GR: C)

FQ: fluoroquinolonas; TMP/SMX: trimetoprim/sulfametoxazol; GR: grado de recomendación; ITU: infecciones del tracto urinario; vo: vía oral; iv: intravenosa;

# TRATAMIENTO

---

## PIELONEFRITIS AGUDA NO COMPLICADA EN LA DONA

- Requereix urinocultiu previ al tractament antibiòtic empíric.
- **Empíric:** Cefuroxima axetil VO 500 mg / 8 h durant 10 dies.
- **Dirigit:** Canviar a Ciprofloxacina VO 500 mg / 12 h durant 7 dies, en funció de l'antibiograma.

---

## INFECCIÓ URINÀRIA EN L'HOME

- Les cistitis agudes es consideren complicades. Sospitar sempre pielonefritis subclínica o afectació renal complicada, per la qual cosa cal fer un urinocultiu previ al tractament.
- Les pautes curtes estan contraindicades.
- La recaiguda o infecció recurrent indica infecció crònica de la pròstata o anomalies funcionals o anatòmiques de la via urinària; requereixen tractament durant 4-6 setmanes i consulta a l'uròleg.
- El 50% dels homes amb infecció recurrent i el 90% dels que tenen febre tenen afectació de la pròstata que pot evolucionar a abscess de pròstata o prostatitis bacteriana crònica.
- Cal fer un estudi urològic després del segon episodi documentat d'infecció urinària.

---

## CISTITIS I PIELONEFRITIS AGUDA

- **Pielonefritis complicada:** Derivar a l'hospital.
- **Empíric:** Cefuroxima axetil VO 500 mg / 8 h durant 14 dies.
- **Dirigit:** Canviar a Ciprofloxacina VO 500 mg / 12 h en funció de l'antibiograma.

# CRITERIOS DE DERIVACIÓN

- Pielonefritis complicadas (Mujeres embarazadas, mujeres ancianas, mujeres diabéticas, hombres, inmunodeprimidos...)
- Pacientes con alteraciones estructurales de la vía urinaria
- Presencia de mal estado general o intolerancia oral
- Mala evolución tras 72 horas de tratamiento



