

ACTUALIZACIÓN en INFECCION URINARIA 2024



Dra. María Alejandra Urueña

Médica infectóloga

Instituto de Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes

Prof. Adjunta Cátedra de Enfermedades Infecciosas UNT

Agenda

- INTRODUCCION
- EPIDEMIOLOGIA
- FORMAS DE PRESENTACIÓN
- DIAGNÓSTICO
- TRATAMIENTO EMPÍRICO Y DIRIGIDO
- RESISTENCIA
- USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS





ITU EN LA
embarazada

OBJETIVOS

- Presentar la **prevalencia** de bacteriurias asintomáticas y sintomáticas en la embarazada.
- Reconocer las diferentes **formas de presentación** clínica, el diagnóstico e interpretación de estudios
- Relacionar los **agentes etiológicos**, analizar la **resistencia** nacional y local, enfocándonos sobre todo en la embarazada para adecuar el tratamiento empírico inicial.
- Analizar **situaciones especiales**, formas de abordaje.
- Obtener una **guía para el TEI** en base al análisis de todos estos aspectos abordados (PROA)



Infección del tracto urinario (ITU)

invasión bacteriana del parénquima renal y/ o sus vías excretoras

INFECCIÓN DEL TRACTO UTINARIO (ITU)

CATEGORIZAR AL PACIENTE

- ✓ Edad
 - ✓ **Embarazo**
 - ✓ Enfermedades asociadas
 - ✓ Episodios anteriores
 - ✓ Sonda vesical
 - ✓ ATB previo
- 
- ✓ Lugar de adquisición (EH – IRCS)
 - ✓ Instrumentación urológica previa
 - ✓ Anomalías del tracto urinario
 - ✓ Forma de presentación
 - ✓ Etc.

ITU EN LA MUJER

NO COMPLICADAS

- ITU AGUDA , ESPORADICA O RECURRENTE NO COMPLICADA (CISTITS o PIELONEFRITIS)
- MUJERES PREMENOSPAUSICAS
- NO EMBARAZADAS
- SIN ANOMALÍAS ANATÓMICAS Y FUNCIONALES DE TU
- SIN COMORBILIDADES

COMPLICADAS

- EMBARAZADAS
- ANOMALÍAS ANATÓMICAS O FUNCIONALES DEL TU
- CATETERES URINARIOS PERMANENTES
- ENF RENAL
- INMUNOCOMPROMISO
- COMORBILIDADES DESCOMPENSADAS



ITU VIAS DE INFECCIÓN

ASCENDENTE

COLONIZACIÓN INICIAL
INTROITO VAGINAL



ASCENSO

INFECCIÓN VESICAL

URETERES

RIÑÓN

HEMATÓGENA

INFECCIÓN CON BACTERIEMIA:

EI

OSTEOMIELITIS

IPPB

GERMENES:

SA

SALMONELLA

TBC

BRUCELLA

LEVADURAS

LINFÁTICA

OBSTRUCCIÓN DEL CONTENIDO
INTESTINAL (FLORA COLONICA)



URETER

PELVIS

TABLA DE PREVALENCIAS DE AISLAMIENTO EN ITU EN POBLACIÓN GENERAL

Germen	ITU no complicada	ITU complicada
E coli	75%	65%
Klebsiella pneumoniae	6%	8%
Estafilococo saprofítico	6%	-
Enterococo spp	5%	11%
Streptococo grupo B	3%	2%
Proteus mirabilis	2%	2%
Pseudomona aeruginosa	1%	2%
Estafilococo aureus	1%	3%
Cándida spp	1%	7%



BACTERIURIA ASINTOMÁTICA

bacteriuria asintomática (BA) al desarrollo de un solo tipo de bacteria en la orina de individuos *asintomáticos*.

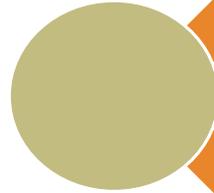
Se requieren al menos dos urocultivos (UC) consecutivos en mujeres y uno solo en hombres con recuento $\geq 10^5$ UFC/ml, ya sea con sedimento urinario normal o patológico.

En pacientes cateterizados, un solo espécimen con recuento $\geq 10^2$ indica la presencia de BA.

ITU en la EMBARAZADA



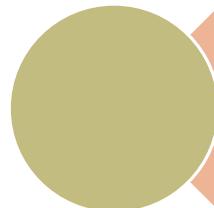
Embarazadas: 5-10 %
desarrollarán ITU



Segunda patología después
de la anemia



Infección más frecuente



Admisiones hospitalarias: 5%



BACTERIURIA ASINTOMÁTICA EMBARAZADA



PRIMERA CONSULTA PRENATAL (SEM 12-16) por lo menos una vez



Repetirlo trimestralmente con factores de riesgo: patología renal, trasplante renal, litiasis, pielonefritis, reflujo



Prevalencia: 2-7 %



TRATAMIENTO



ausencia de tratamiento.....cistitis /30-50% **PIELONEFRITIS**



BACTERIURIA ASINTOMÁTICA SOMETIDOS A PROCEDIMIENTOS UROLÓGICO



LESIÓN CON SANGRADO DE LA MUCOSA DEL TRACTO URINARIO



El riesgo de BACTERIEMIA asociada a BA ...60%



TRATAMIENTO



..SENSIBILIDAD...ANTES DEL PROCEDIMIENTO.... X 24 HORAS (prolongar si permanece sondado)



BACTERIURIA ASINTOMÁTICA

Nitrofurantoína 100 mg c/6-8 horas x 5 días

Evitar en embarazo primer trimestre y de término o trabajo de parto (hemólisis en el RN)

CEFALEXINA 500 mg c/ 8 hs x 5 -7 días

Amoxicilina 500 mg c/8 hs

Amoxicilina-ácido clavulánico 850 mg c/12 hs

TMP-SMX 800/160 mg c/12 hs x 3 días

Evitar primer y tercer trimestre

FOSFOMICINA 3 g 1 dosis

Embarazada

instrumentación

**UC: 7 días posteriores a la finalización del tratamiento antimicrobiano
y luego una vez por mes**

A photograph of a woman sitting on a chair, wearing an orange long-sleeved top and light blue jeans. She is holding her lower abdomen with both hands, suggesting pain or discomfort. The text 'INFECCIÓN URINARIA' is overlaid in a large, semi-transparent font across the center of the image. The background is a plain, light-colored wall.

INFECCIÓN URINARIA

CISTITIS





CISTITIS

UC > 1000 UFC/ml + CLÍNICA SUGESTIVA

UC..... NEGATIVO
BÚSQUEDA: CHLAMYDIA TRACOMATIS, MYCOPLASMA HOMMINIS
UREAPLASMA

CISTITIS



1- 4 % DE LAS EMBARAZADAS

MAYOR PREVALENCIA PRIMER TRIMESTRE

1 DE CADA 3 EMB CON BA.....CISTITIS





CISTITIS



50 % de las mujeres tendrán un episodio de CISTITIS en su vida, el 25% RECURRENCIA

SINTOMAS:

APARICIÓN BRUSCA

DISURIA

POLAQUIURIA

TENESMO VESICAL

DOLOR SUPRAPÚBICO

PIURIA

HEMATURIA



AUSENCIA DE SÍNTOMAS GENERALES

VIA ASCENDENTE



CISTITIS



-  Nitrofurantoína 100 mg c/6 horas X 5 DÍAS
Evitar en embarazo primer trimestre y de término o trabajo de parto
-  CEFALEXINA 500 mg c/8 hs x 5-7 días
-  FOSFOMICINA trometamol 3 g VO UD
-  CIPROFLOXACINA 250 c/12 horas x 5 días
NO en la embarazada 
-  TMP-SMX 800/160 mg c/12 horas x 3 días



CISTITIS

CEFALEXINA 500 mg c/6-8 hs x 5-7 días

Nitrofurantoína 100 mg c/6 – 8 horas X 5 DÍAS

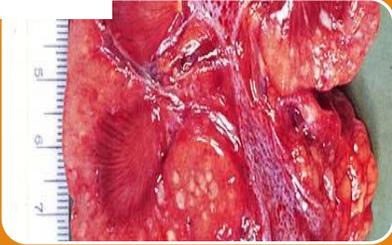
Evitar en embarazo primer trimestre y de término o trabajo de parto

FOSFOMICINA trometamol 3 g V0 UD

UC CONTROL a los 7 días, mensualmente

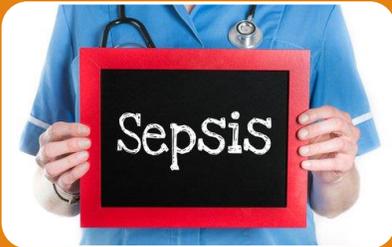
PIELONEFRITIS





50-60% de las mujeres tendrán un episodio de itu en su vida

Infeción grave del tracto urinario que afecta la pelvis y el parénquima renal



10% de los casos de las sepsis se origina en la pielonefritis



PIELONEFRITIS en la embarazada

1-4% (6%) de las gestantes

80-90 % de los casos ...2°,3°
trimestre y puerperio

Enf grave...20 % SEPSIS

20% BACTERIEMIA





LOCAL

**DOLOR
LUMBAR**

**1/3 PN OCULTA
(disuria)**

**Asintomáticas
(20%)**

GENERAL

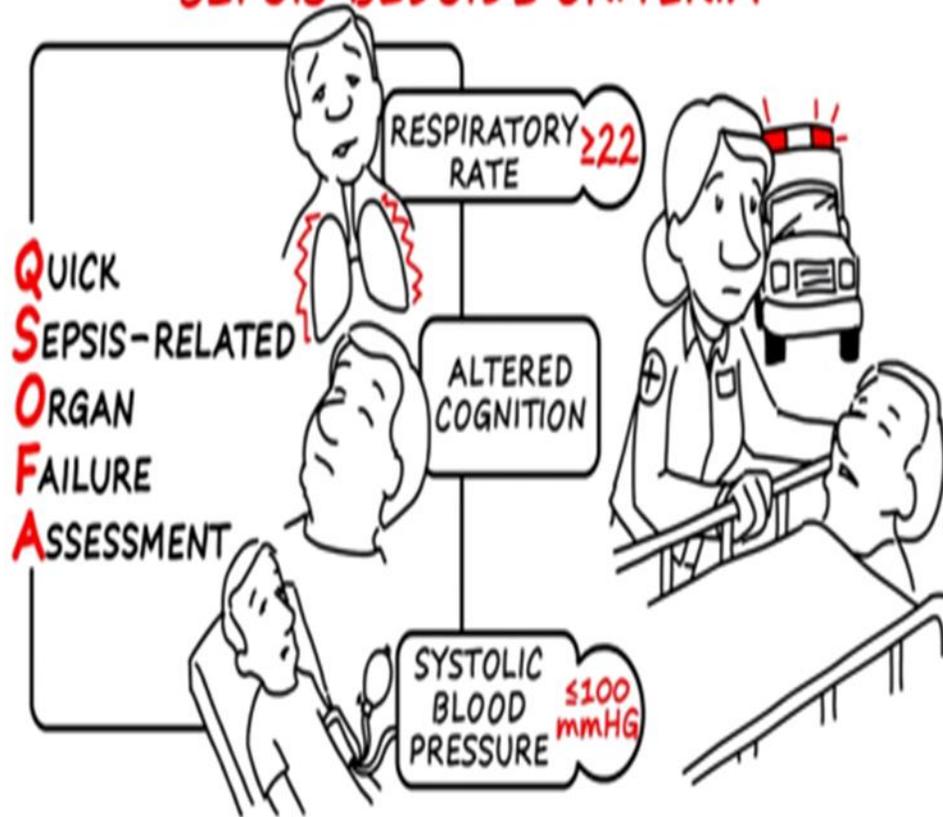
FIEBRE

NAUSEAS

VOMITOS

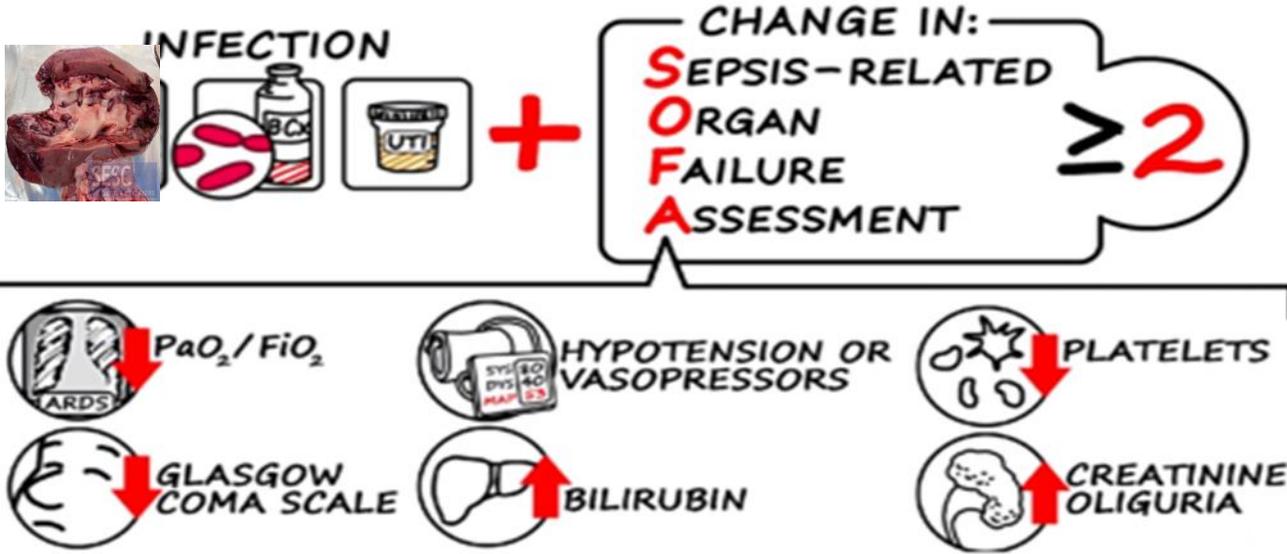
SIEMPRE EVALUARCRITERIOS DE SEPSIS

SEPSIS BEDSIDE CRITERIA



Parámetros		Puntuación
	0	1
TA SISTÓLICA	≥ 90 mm Hg	< 90 mm Hg
FRECUENCIA RESPIRATORIA	< 25 rpm	≥ 25 rpm
ESTADO MENTAL	ALERTA	NO ALERTA (SOMNOLENCIA/ESTUPOR)

SEPSIS CLINICAL CRITERIA



SEPSIS_{3.0} & SOFA

Definición: DISFUNCIÓN ORGÁNICA causada por una respuesta anómala del huésped a la INFECCIÓN que supone una AMENAZA para la SUPERVIVENCIA

	0	1	2	3	4
Respiración PaO ₂ /FiO ₂ (mm Hg) o SaO ₂ (%)	≥ 400	≥ 400 221-301	≥ 300 142-220	< 300 62-141	< 100 -87
Coagulación Plaquetas (x10 ⁹ /L)	≥ 150	≥ 150	< 100	< 50	< 20
Hígado Bilirrubina (mg/dL)	≤ 2	3.2-3.9	3.0-5.9	6.0-13.9	≥ 12.0
Cardiovascular Tensión arterial	PAM ≥ 70 mmHg	PAM ≥ 70 mm Hg	Dependiente a ≥ 5 u dofetilmina o múltiples dosis	Dependiente a dosis de 5, 1, 15 u Epinefrina o ≤ 0.3 u Norepinefrina o ≤ 0.1	Dependiente a dosis de ≥ 25 u Epinefrina o ≥ 0.1 u Norepinefrina o ≥ 0.1
Sistema Nervioso Central Escala de Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	≤ 6
Renal Creatinina (mg/dL) o Flujo ultrinario (ml/min)	≤ 1.2	1.2-1.9	2.0-3.4	3.5-4.9	≥ 5.0 < 200

Criterio: **INFECCIÓN** + **SOFA** (Sequential Organ Failure Assessment) variación ≥ 2 puntos en la escala

OBSTETRICALLY MODIFIED

S O F A
Sequential Organ Failure Assessment score

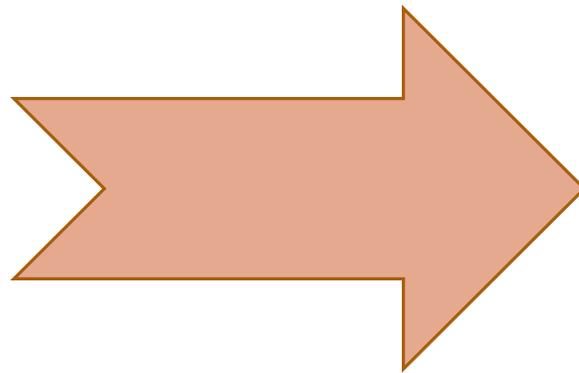
Parámetro sistémico	0	1	2
PaO ₂ /FiO ₂ mmHg (Kpa)	≥ 400	300 a < 400	< 300
Plaquetas (x 10 ⁶ /L)	≥ 150	100-150	< 100
Bilirrubina (mg / L)	< 20	20-32	> 32
Presión Arterial Media (PAM)	PAM ≥ 70 mmHg	PAM < 70 mmHg	Se requieren vasopresores
Sistema Nervioso Central	Alerta	Responde a la voz	Responde al dolor
Creatinina (μmol / L)	< 90	90-120	> 120



DIAGNÓSTICO



Hemograma completo
plaquetas
Eritrosedimentación
glucemia
Urea
Creatinina
Hepatograma completo



Ionograma plasmático
Gases en sangre
otros

Primera orina de la mañana.

Higienizando tres veces la zona genital con agua y jabón. Sin secarse, colocaron tapón vaginal

Eliminar el primer chorro de la micción, recogieron en frasco estéril.

Retención urinaria mínima fue por lo menos de tres horas.

En casos de **pacientes internadas y con sondas, serán tomados por los enfermeros de cada servicio, en sonda colocada recientemente o catéter.**





DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO

**HEMOCULTIVO
POSITIVO:**
10% a 50%

ENFERMEDAD GRAVE
INMUNOCOMPROMISO
OBSTRUCCIÓN URINARIA
EDAD <+ 65 AÑOS

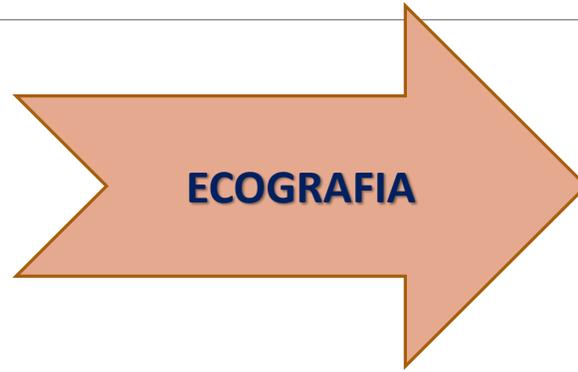
UROCULTIVO

80% RTO 10^5 UFC

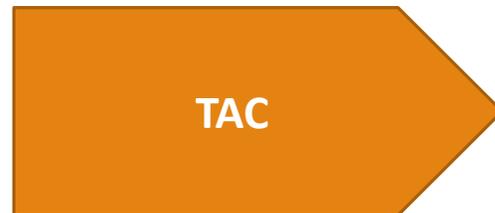
 10^4 UFC
RTO SIGNIFICATIVO
(S 90-95%)



ESTUDIOS POR IMÁGENES



SEPSIS
OBSTRUCCIÓN DEL TU
PH >_ 7
CLEARANCE <40 ml/min
Continúan
sintomáticos: absceso,
obstrucción, etc



ABSCESOS
OBSTRUCCIÓN
PRODUCCIÓN DE GAS

TRATAMIENTO



AMBULATORIO



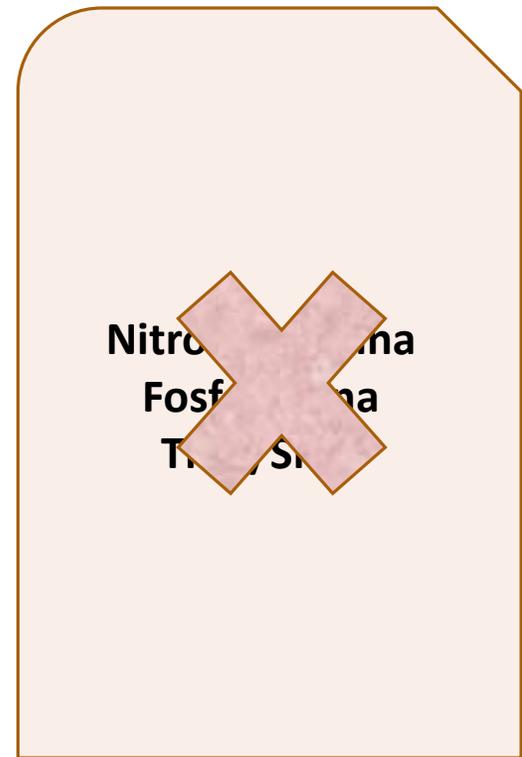
SALA GENERAL



UTI

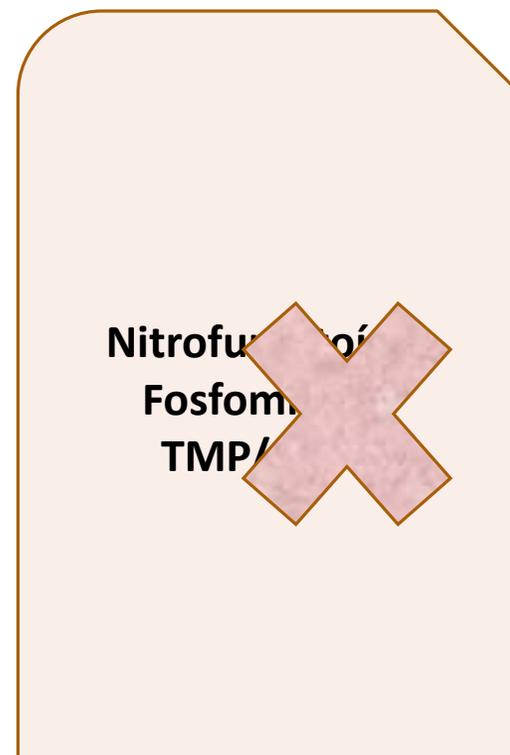
TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA PIELONEFRITIS

- Cefalexina 500 mg cada 6-8 hs x 10 días
- Cefixime 400 mg cada 24 hs VO x 10 días
 - Ceftriaxona 1 g cada 24 horas x 10 días
- Gentamicina 240 mg IM cada 24 hs x 7 días
- Ciprofloxacina 500 mg cada 12 hs VO x 7 días
-



TRATAMIENTO en SALA de la PIELONEFRITIS

- CEFALOTINA 1 g cada 6 hs x 10 días
- CEFAZOLINA 1 g cada 8 hs EV x 10 días
- CEFTRIAXONA 1 g cada 24 horas x 10 días
- GENTAMICINA 240 mg c/24 hs X 7 días
- ~~CIPROFLOXACINA 500 mg cada 12 hs EV x 7 días~~
-



TRATAMIENTO en UTI de la PIELONEFRITIS

CEFALOTINA 1 g cada 6 hs x 10 días

GENTAMICINA 240 mg c/24 hs X 7 días

• AMIKACINA 1 g c/ 24 hs X 7 días

~~Ciprofloxacina 400 mg cada 12 hs EV x 7 días~~

~~Nitrofurantoina
Fosfomicina
TMP/SMX~~

TRATAMIENTO en SALA de la PIELONEFRITIS

- CEFALOTINA 1 g cada 6 hs x 7 -10 días
- CEFTRIAXONA 1 -2 g cada 24 horas x 7 -10 días
- GENTAMICINA 240 mg c/24 hs X 7 días
 - AMIKACINA 1 g c/ 24 hs X 7 días
- AZTREONAN 1-2 g cada 8 -12 hs
- 48 -72 hs afebril.....VO...10 días

Nitrofuranto
Fosfomicina
TMP/SMX



UC de control...7-14 días.....
mensualmente

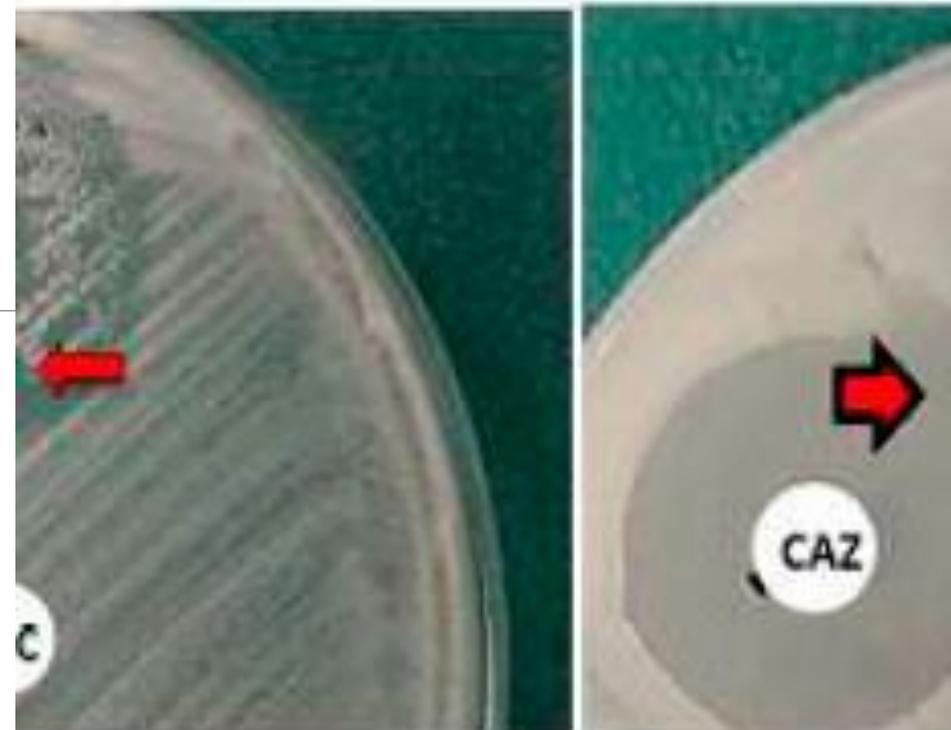


Tratamiento
supresor

FACTOR DE RIESGO PARA....**ENTEROBACTERIAS BLEE** SCORE PREDICTIVO de MR



- ✓ **+ 65 AÑOS**
- ✓ **INTERNACIÓN EN CENTRO ASISTENCIAL EN ÚLTIMOS 3 MESES**
- ✓ **USO DE ATM: B LACT-IBL-QUINOLONAS EN ÚLTIMOS 3 MESES**
- ✓ **COMORBILIDADES: DBT, cateterismo urinario >30 días, IRC**
- ✓ **COLONIZACIÓN O INFECCIÓN PREVIA POR BLEE**



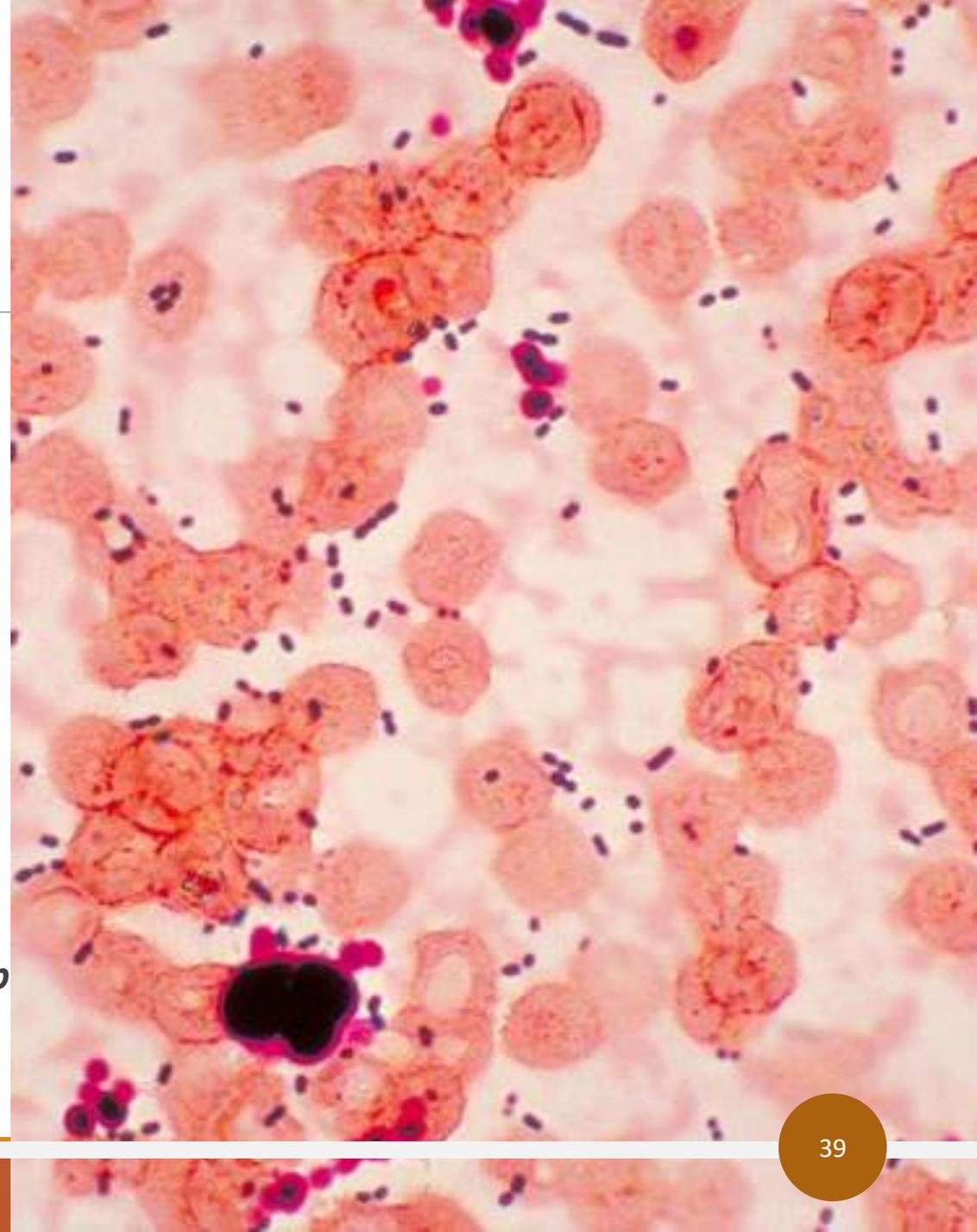
notipo BLEE. Deformación (si
azidima) en presencia de ácido
CTX: cefotaxima, CAZ: ceftaz
del halo de inhibición en la zo
entazidima, CTA: cefto...

FACTOR DE RIESGO PARA...**ENTEROCOCCUS**

SCORE PREDICTIVO de MR



- ✓ **+ 65 AÑOS CON UROPATÍA OBSTRUCTIVA**
- ✓ **HOSPITALIZACIÓN EN ÚLTIMOS 3 MESES**
- ✓ **USO DE ATM: CEF TERCERA GEN (CRO) EN ÚLTIMOS 3 MESES**
- ✓ **CIRUGÍA DEL TU**
- ✓ **CATETERISMO VESICAL > 30 DÍAS**
- ✓ **UROPATÍA OBSTRUCTIVA**
- ✓ **COLONIZACIÓN O INFECCIÓN PREVIA POR ENTEROCOCCUS spp**

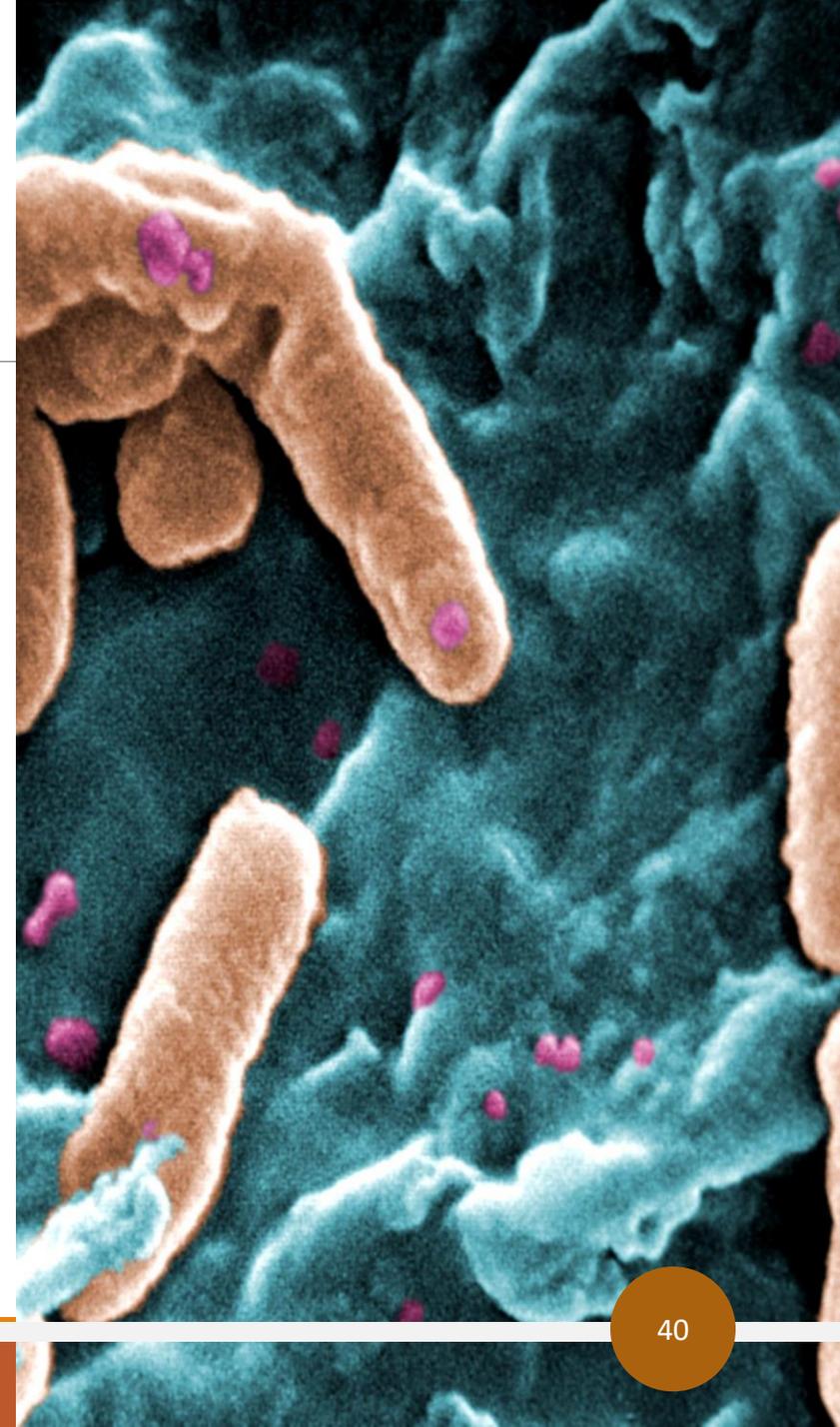


FACTOR DE RIESGO PARA....PSEUDOMONA AERUGINOSA

SCORE PREDICTIVO de MR



- ✓ **HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA EN ÚLTIMOS + 7 DÍAS**
- ✓ **CENTROS DE REHABILITACIÓN**
- ✓ **INTERNACIÓN EN UTI CON PROCEDIMIENTOS INVASIVOS**
- ✓ **USO DE ATM: CEF TERCERA GEN (CAZ) EN ÚLTIMOS 3 MESES**
- ✓ **COMORBILIDADES: NEUTROPENIA, FIBROSIS QUISTICA, INMUNODEFICIENCIAS SEVERAS**
- ✓ **COLONIZACIÓN O INFECCIÓN PREVIA POR PSEUDOMONA AERUGINOSA**

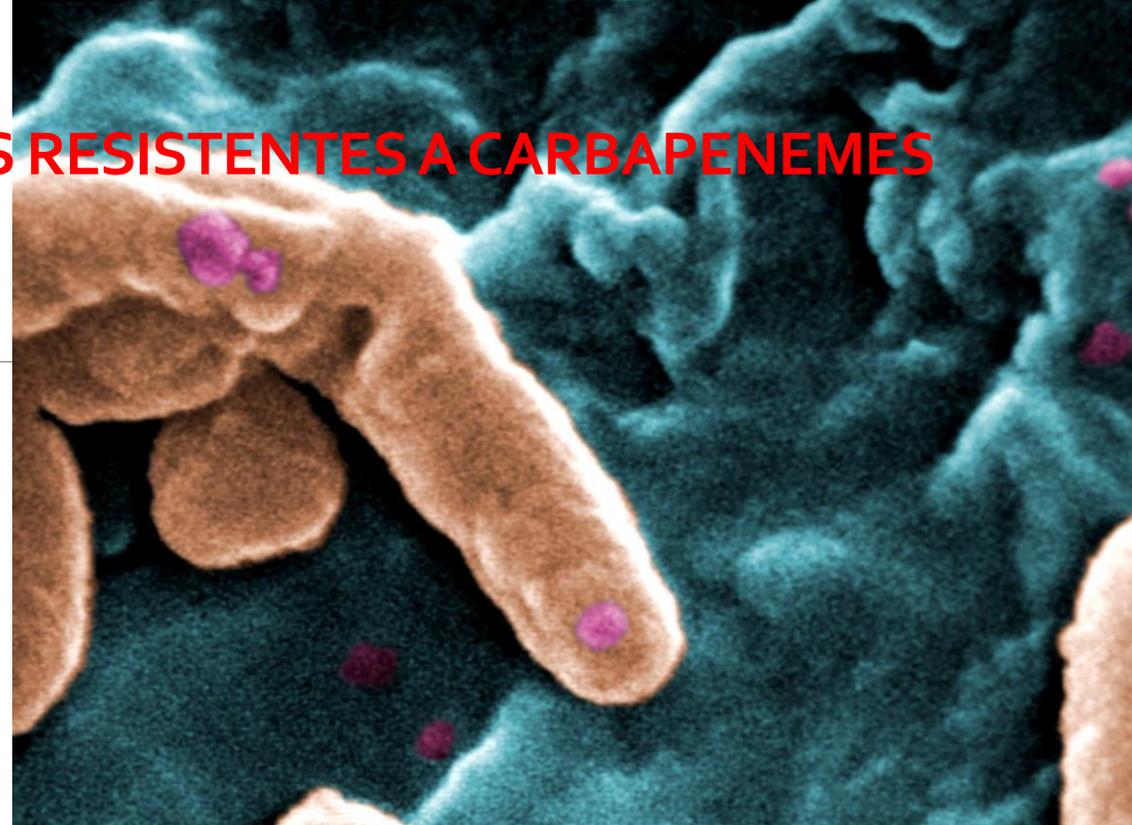


FACTOR DE RIESGO PARA... **ENTEROBACTERIAS RESISTENTES A CARBAPENEMES**

SCORE PREDICTIVO de MR



- ✓ + 65 AÑOS
- ✓ *INTERNACIÓN EN HOSPITALES CON ALTO NIVEL ENDEMICO DE CARBAPENEMASA (ERC) en los últimos 3 meses*
- ✓ *USO DE ATM: B LCT, IBL, CARBAPENEM, en últimos 3 meseS*
- ✓ *COLONIZACIÓN O INFECCIÓN PREVIA POR ERC*



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA | GOBIERNO DE TUCUMÁN

Carbapenemasas de mayor impacto clínico en nuestro medio

AZTREONAM AVIBACTAM

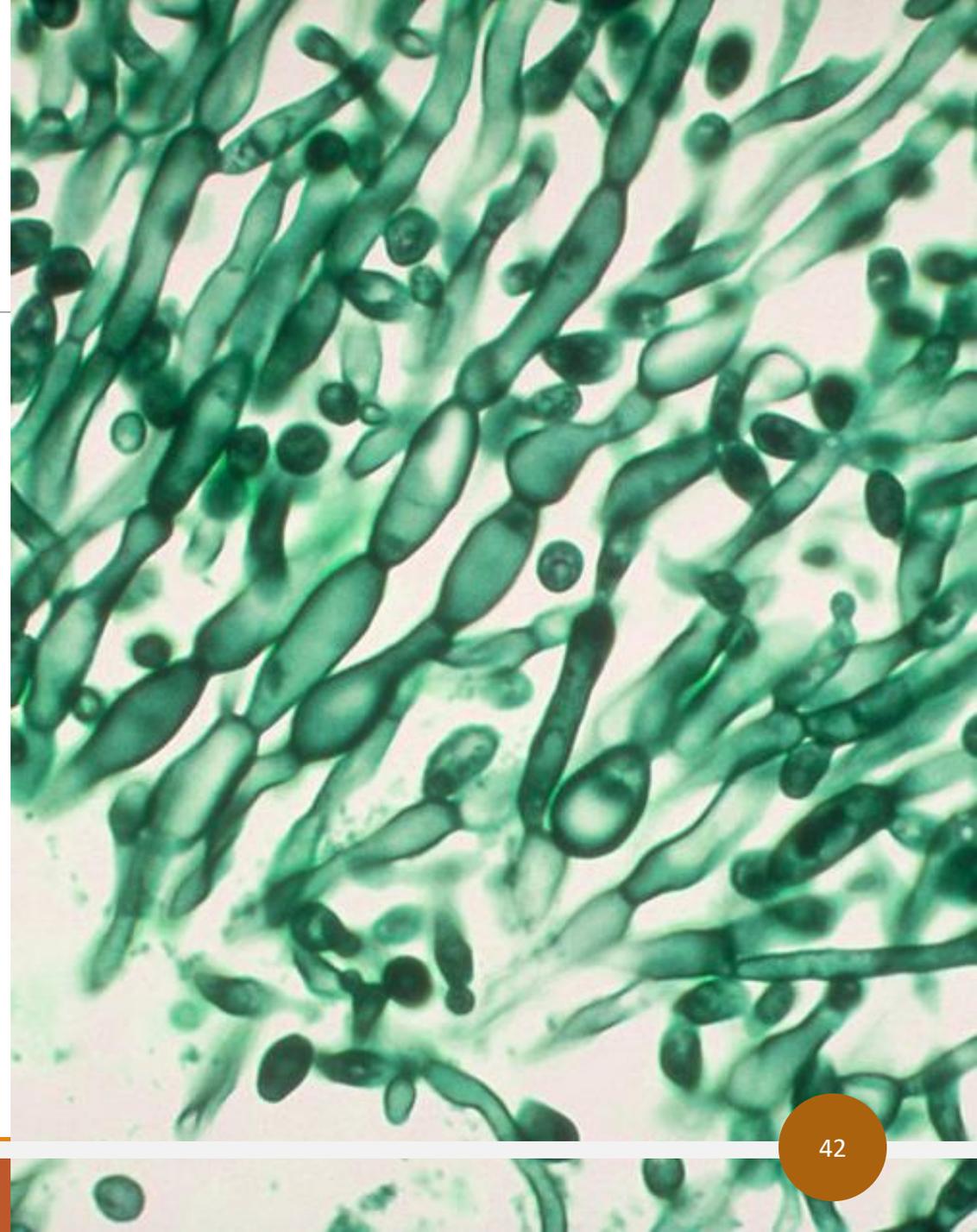
AVIBACTAM		METALO ENZIMAS
SERINO ENZIMAS		
Clase A	Clase D	Clase B
KCP	OXA 163	NDM
		VIM
		IMP

FACTOR DE RIESGO PARA....**CANDIDA**

SCORE PREDICTIVO de MR



- ✓ *HOSPITALIZACIÓN EN UCI*
- ✓ *CATETERISMO URINARIO >30 DÍAS*
- ✓ *CVC*
- ✓ *CIRUGÍA ABDOMINAL*
- ✓ *USO DE ATM DE AMPLIO ESPECTRO*
- ✓ *NUTRICIÓN PARENTERAL*
- ✓ *COLONIZACIÓN PREVIA POR CANDIDA*





ITU recurrete

ITU recurrente



Presencia de al menos 3 episodios de ITU en el último año,
o 2 episodios en los últimos 6 meses

CISTITIS AGUDA... recurrencia dentro de los 3
meses...30-44%

ITU recurrente conducta...



Profilaxis atb continua

- TMS
- NITROFURANTOÍNA

Atb postcoito

- TMS 400/80 mg
- NITROFURANTOÍNA
- NORFLOXACINA
- CEFALEXINA

autotratamiento

- TMS 3 días
- Quinolonas 3 días
- Nitrofurantoína 5 días
- Cefalexina 5-7 días

ITU asociada a sonda vesical

Actualización y recomendaciones





ITU-SV

➤ **3°CAUSA DE IRCS (ARGENTINA)**

➤ TASA: 4,2 episodios por 1000 días de sv

➤ Diagnóstico es difícil



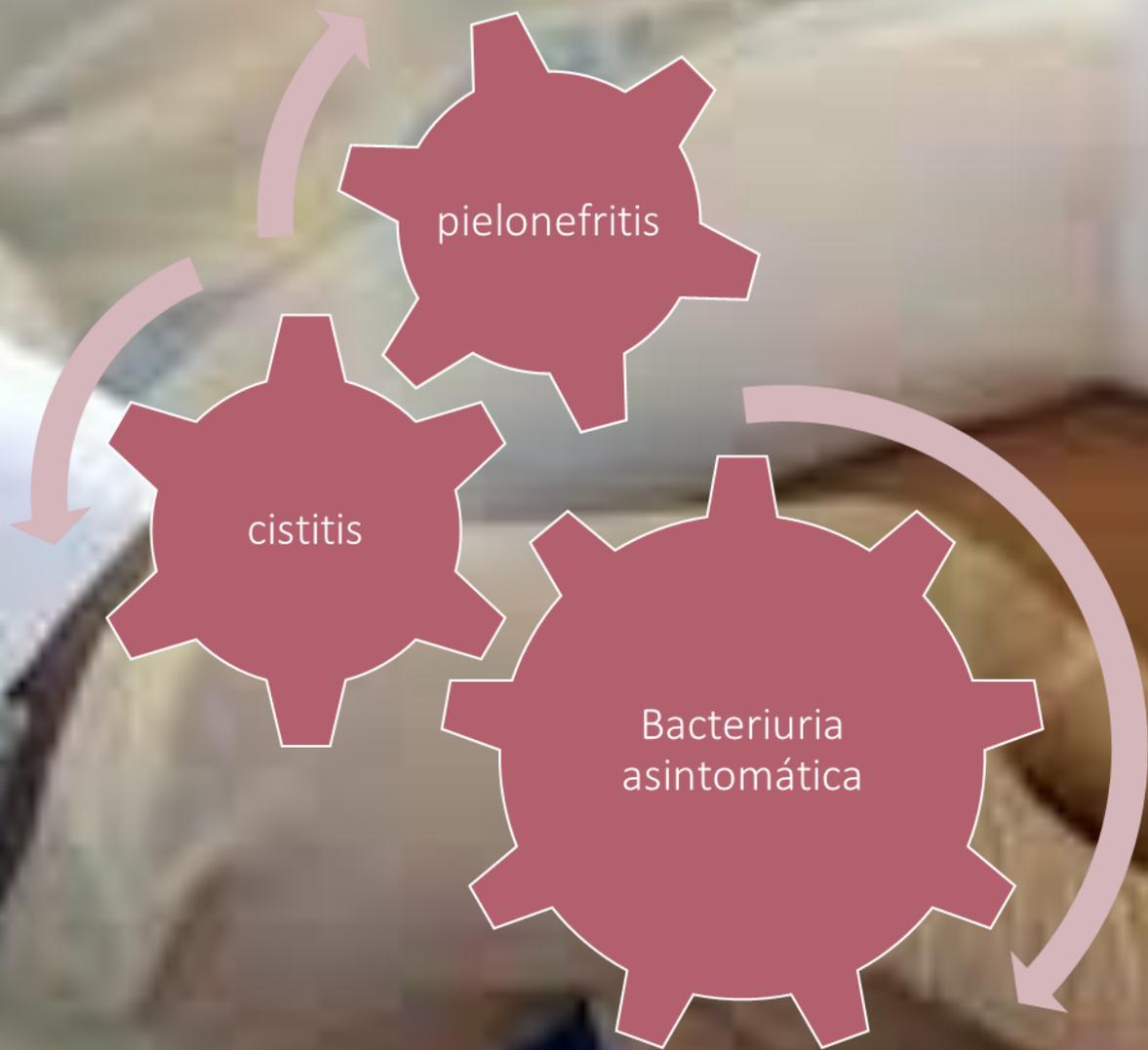
clínica....



sobreestimación prevalencia

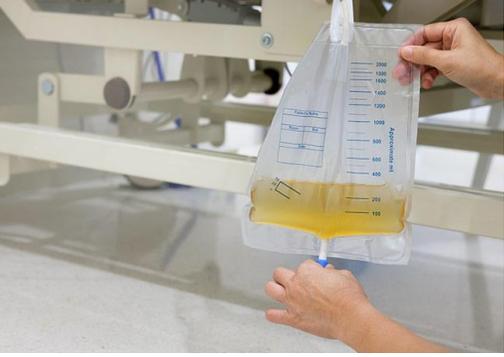


consumo de AMB



Sonda vesical

ITU-SV.....BA



- SV colocada > 48 horas, **urocultivos positivos** para ≥ 1 microorganismo, con recuento de $\geq 10^5$ UFC y **ausencia** de signos y síntomas de infección.
- Generalmente no requiere tratamiento antibiótico,
- excepto en grupos de alto riesgo de complicaciones como embarazadas, trasplantados renales y previo procedimiento urológico endoscópico con riesgo de sangrado

ITU-SV.....ITU ASOCIADA SONDA VESICAL



- SV colocada > 48 horas, **urocultivos positivos** para ≥ 1 microorganismo, con recuento de $\geq 10^5$ UFC , **CON** signos y síntomas de infección:

FIEBRE
DOLOR EN HIPOGASTRIO
ALTERACIÓN DEL SENSORIO
HEMATURIA
DISAUTONOMÍA EN
PARAPLEJICOS

- post-extracción de SV.



ITU-SV.....ITU ASOCIADA SONDA VESICAL

➤ MICROBIOLOGÍA

BGN: E coli
KLEBSIELLA spp
ENTEROBACTER spp

CGP: (<20%)
ENTEROCOCO spp (faecalis
14% faecium 4%)
SA
SCN

CANDIDA
✓ ALBICANS
✓ GLABRATA
✓ TROPICALIS
✓ PARASILOSIS
✓ KRUSEI

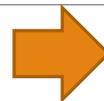
NM
Recambio
de sonda

**CONTAMINACIÓN ?
COLONIZACIÓN?
ITU
ALTA? O BAJA?**

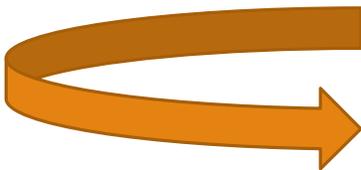


ITU-SV

- Si la candiduria desaparece tras la remoción de la SV
- Si la candiduria persiste tras la remoción de la SV



colonización
de la SV y/
o
contaminación



colonización y /o infección. ? El cultivo no permite diferenciar
Se deberá evaluar según presentación clínica, factores de riesgo y
otros estudios

- Muestras con recuentos de colonias 10^4 - 10^5 UFC/ ml asociados a respuesta inflamatoria y cuadro clínico: considerar infección y determinar la conducta terapéutica.
- Debido a la alta tasa de colonización de la SV, se recomienda la realización de una segunda muestra urinaria con **recambio de la SV** en pacientes con alta sospecha de ITU-SV y primer urocultivo positivo con Candida.



CONDUCTA ANTE LA PRESENCIA DE CANDIDURIA

• **ASINTOMÁTICO:**

- Repetir **urocultivo**:
- **Negativo:** contaminación y/ o colonización de SV
- **Positivo:** colonización.
- Corregir los factores predisponentes (suspender antibióticos y remover sonda vesical)
- Considerar tratamiento en situaciones especiales

BA

- Urocultivo con aislamiento de *Candida* spp como único microorganismo o persistencia de los síntomas a pesar del tratamiento antibiótico: realizar ecografía renal para descartar obstrucción y/ o complicación (considerar consulta con urología). Considerar modificar factores de riesgo para candiduria y evaluar inicio de tratamiento antifúngico

BAJOS

- Se sugiere toma de otras muestras clínicas para microbiología, según clínica (hemocultivos, etc.)
- Evaluar otros sitios de colonización (tubo digestivo, genital, respiratorio, etc.)
- Evaluar otros focos de infección (ocular, endovascular, abdominal, hepático, etc.)
- Considerar infección por *Candida* spp.
- Se recomienda score para evaluar riesgo de **candidiasis sistémica**
- Considerar tratamiento de candidiasis sistémica

ALTOS



ITU-SV



- PIPERACILINA /TAZOBACTAM
- IMIPENEM MEROPENEM ERTAPENEM
- AMIKACINA
- FOSFOMICINA
- CARBAPENEM COLISTIN / FOSFOMICINA /AKN
- CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM
- CEFTALOZANO/TAZOBACTAN



ITU-SV

enterococo

estafilococos

CGP

Ampicilina

Vancomicina o Teicoplanina

Linesolid

CEFALOTINA

TMP/SMX

CLINDAMICINA

MINOCICLINA

VANCOMICINA



ITU-SV

CANDIDA

- CANDIDURIA ASINTOMÁTICAS NO SE TRATAN Excepciones: inmunodepresión-Maniobras urológicas- neutrópicos
- CISTITIS FLUCONAZOL ~~200~~/día x 14 días (inicial 400 mg)
- Pielonefritis flucona ~~200~~-400 mg/día x 14 días
- Alternativas: anfotericina
- Glabrata/krusei: anfotericina irrigación vesical o ev



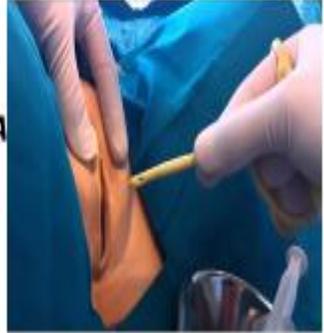
INDICACIONES de SV

- **Retención aguda de orina u obstrucción vesical**
- **Necesidad de control de diuresis en pacientes críticamente enfermos**
- **Necesidad de curaciones a nivel sacro o perineal con incontinencia urinaria**
- **Inmovilización prolongada (columna lumbar o dorsal potencialmente inestable o fractura de cadera:**
- **Uso perioperatorio en procedimientos quirúrgicos seleccionados**
- **Pacientes sometidos a procedimientos urológicos o de las estructuras contiguas al aparato genitourinario**
- **Cirugías que se anticipa que serán prolongadas (los catéteres deben ser retirados inmediatamente en la unidad de recuperación de anestesia)**
- **Pacientes que deben recibir infusiones en grandes volúmenes o diuréticos**
- **Necesidad de control de diuresis posoperatorio**

SONDAJE VESICAL BUNDLE COLOCACIÓN

- Indicación adecuada, menor tiempo necesario.
- Higiene de manos
- Realizada por personas entrenadas en la técnica aséptica de inserción del catéter urinario
- Técnica aséptica y material estéril
- Asegure correctamente la SV posterior a su colocación para prevenir el movimiento y la tracción uretral
- Utilice el catéter de menor calibre

**PAQUETES DE MEDIDAS
PREVENCIÓN DE IACS EN LA
INSERCIÓN DE CATETER
URINARIO**



a) Medidas a verificar en cada inserción de Catéter Urinario:

- 1-Higiene de manos
- 2-Higiene perineal
- 3-Ambiente aséptico durante la inserción.
- 4- Aseguró adecuadamente el catéter urinario y el sistema de drenaje

b) Verificar

c) Registrar

SONDAJE VESICAL BUNDLE DE MANTENIMIENTO

- Sistema de drenaje cerrado.
- Precauciones estándares, incluyendo gafas y guantes apropiados, durante la manipulación del catéter o del sistema colector
- No se recomienda el recambio programado del catéter o sistema colector.
- No se recomienda la utilización de antibióticos sistémicos o locales
- El clampeo del catéter previo al retiro del mismo no es necesario

PAQUETES DE MEDIDAS PREVENCIÓN DE IACS EL MANTENIMIENTO DEL CATETER URINARIO

a) Medidas a verificar en cada paciente con catéter urinario:

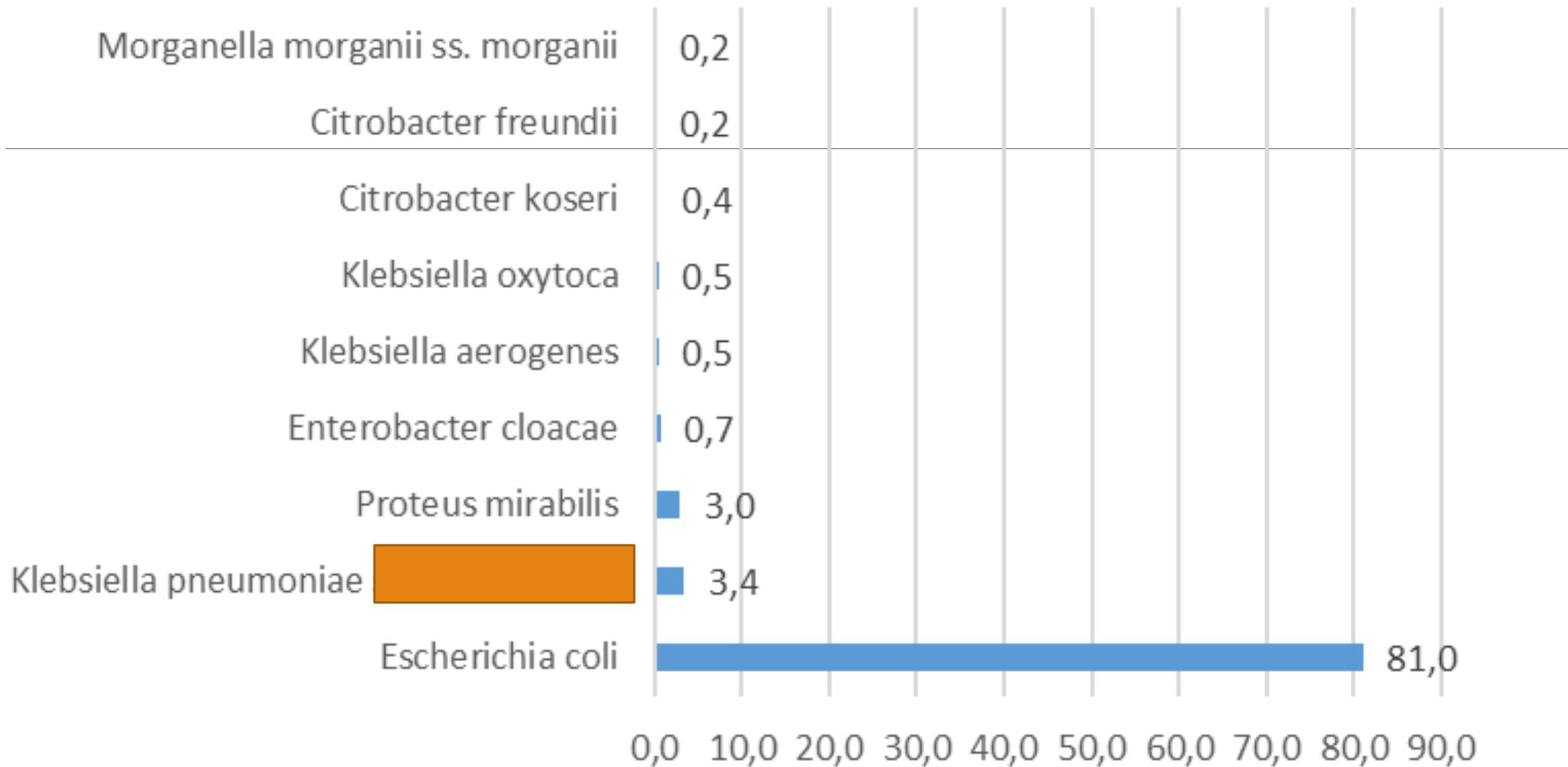
- 1) Higiene de manos y uso de guantes durante la manipulación
- 2) El sistema de drenaje es continuo, cerrado y se mantiene por debajo del nivel de la vejiga
- 3) Contenedor limpio y exclusivo
- 4) Se evaluó la necesidad del catéter urinario

b) Verificar

c) Registrar

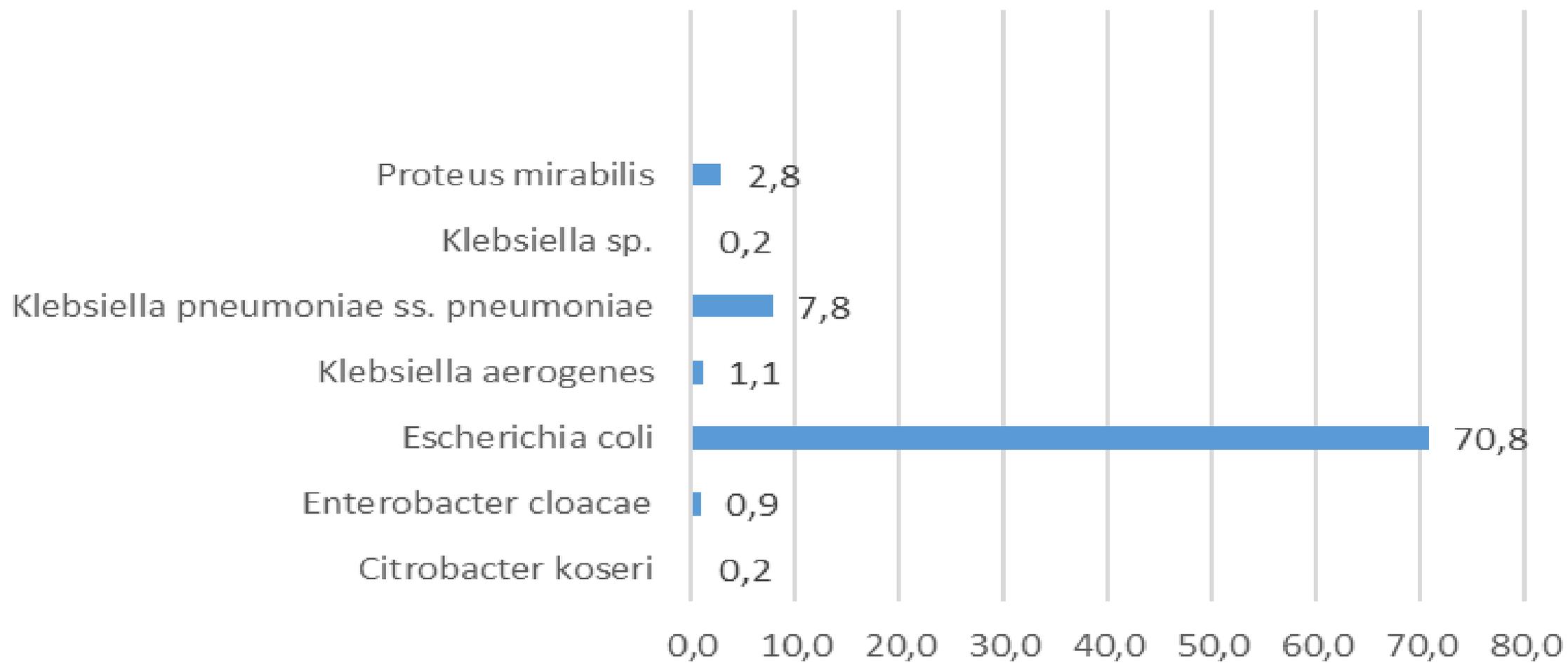


Prevalencia de Enterobacterias en IU 2022

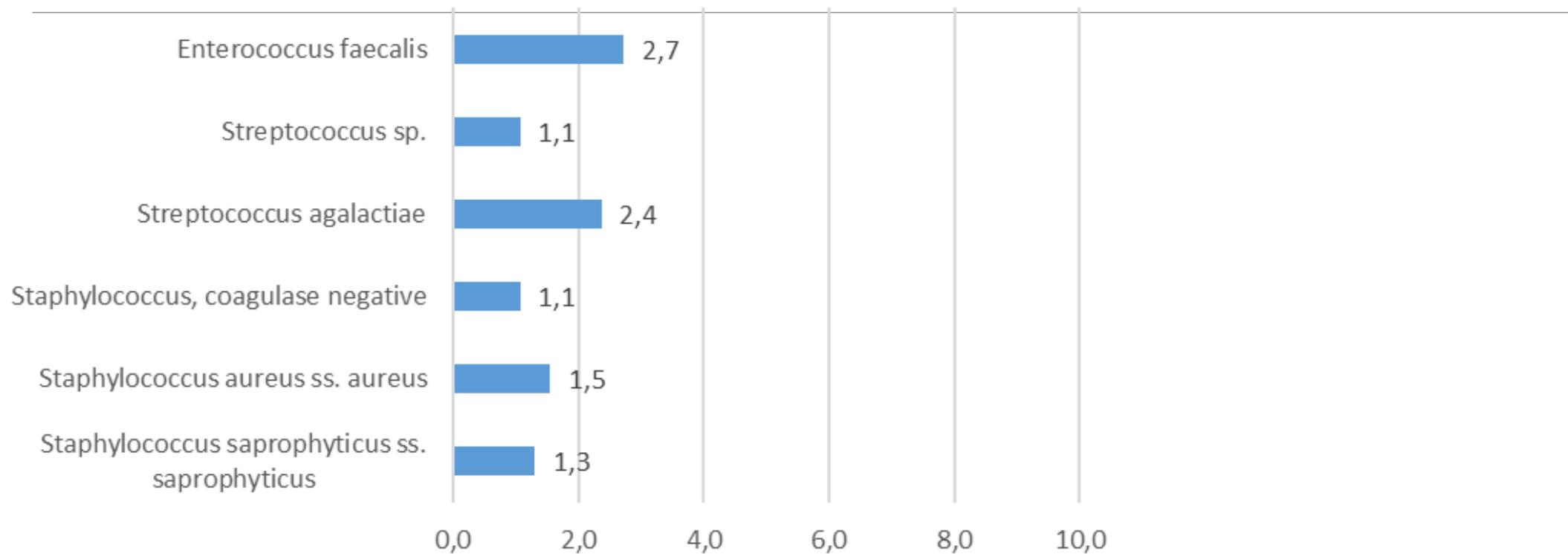


1025 muestras positivas de 7000-8000
Laboratorio de microbiología Instituto de Maternidad

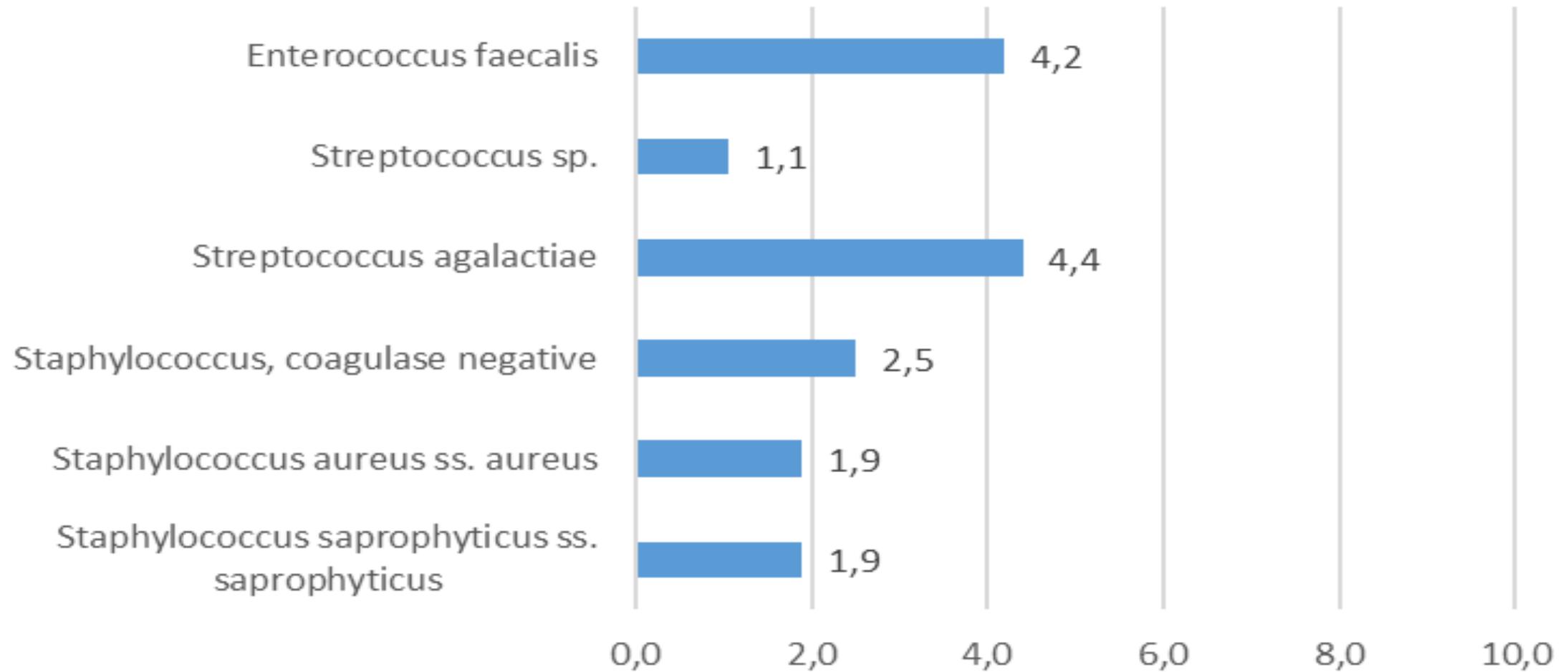
Prevalencia de Enterobacterias en IU 2023



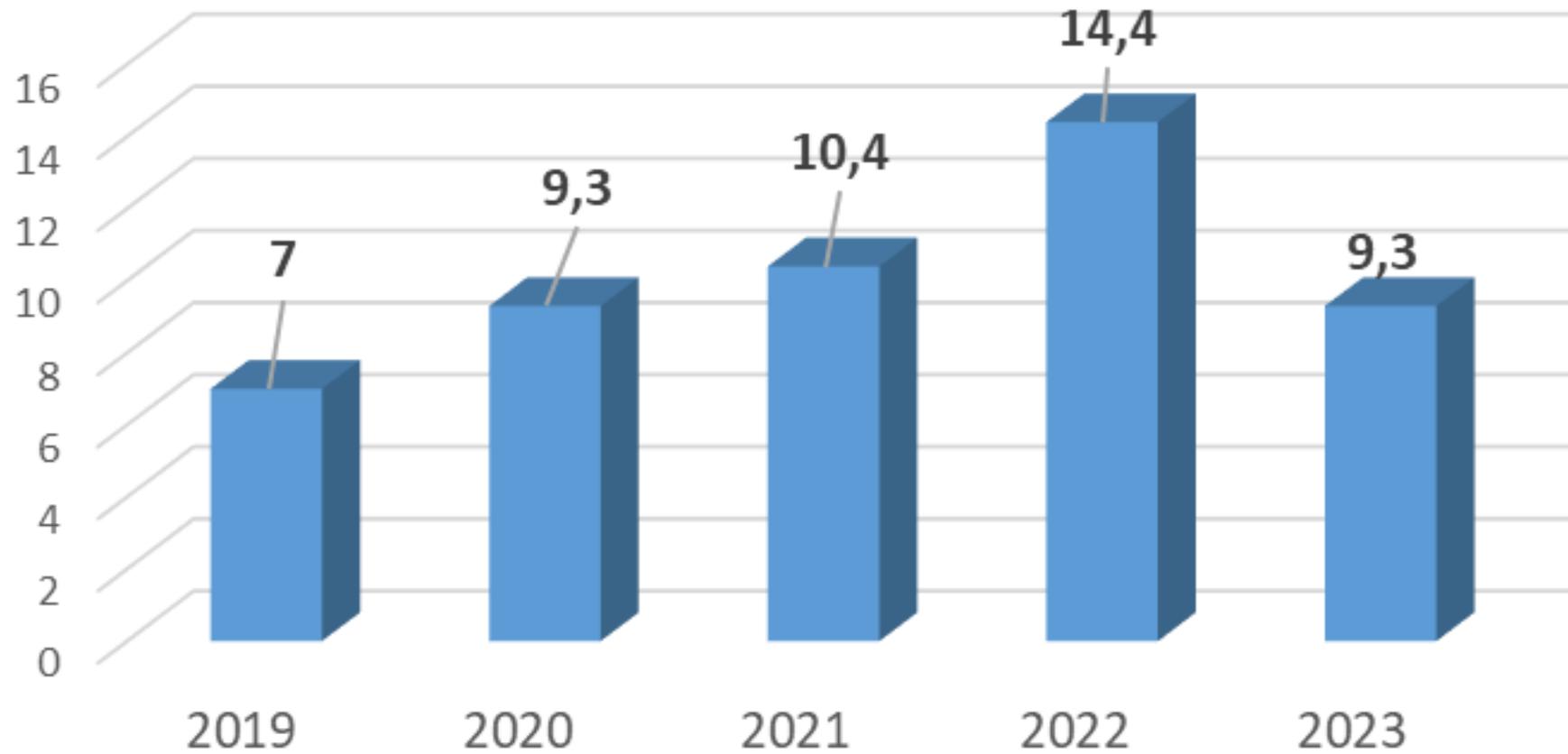
Prevalencia de Cocos Gram (+) en IU 2022



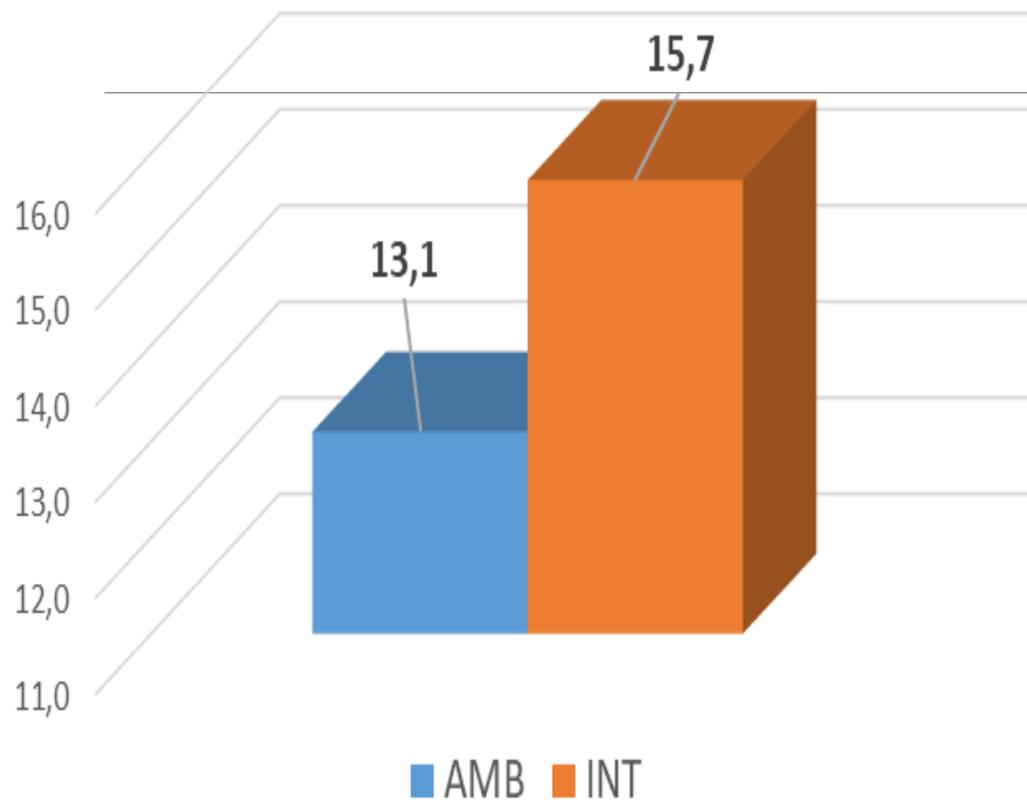
Prevalencia de Cocos Gram (+) en IU 2023



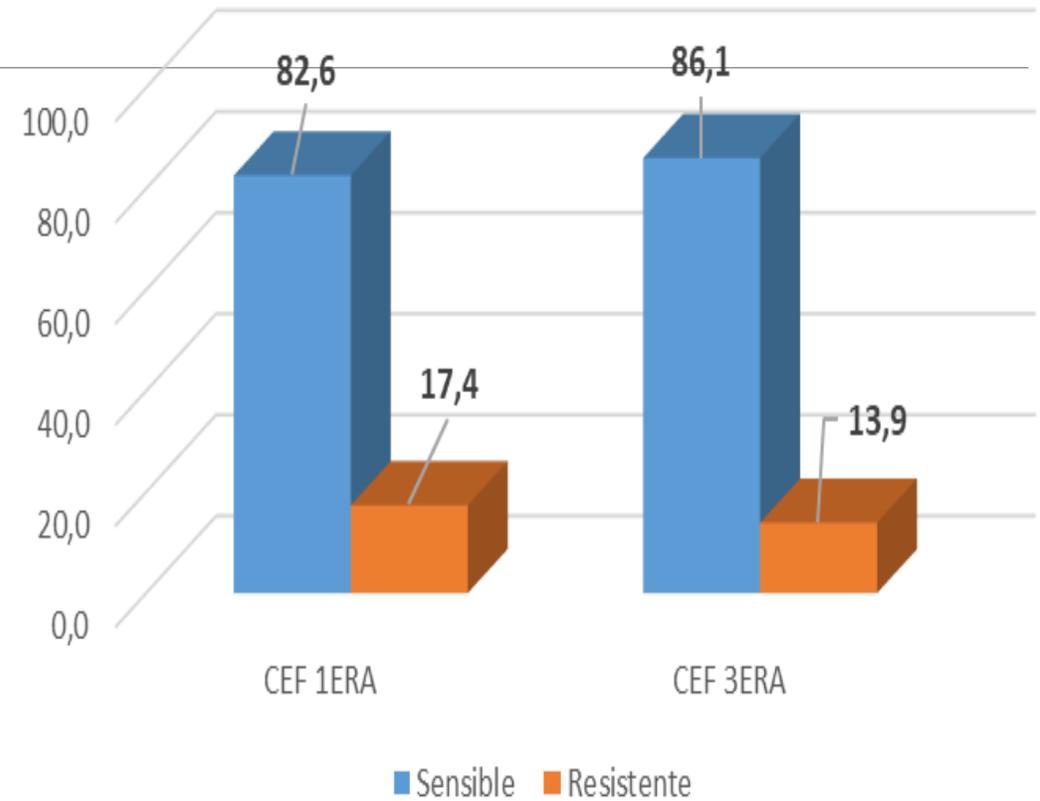
Prevalencia de Enterobacterias BLEE (+) en Inst de Maternidad (EMB)



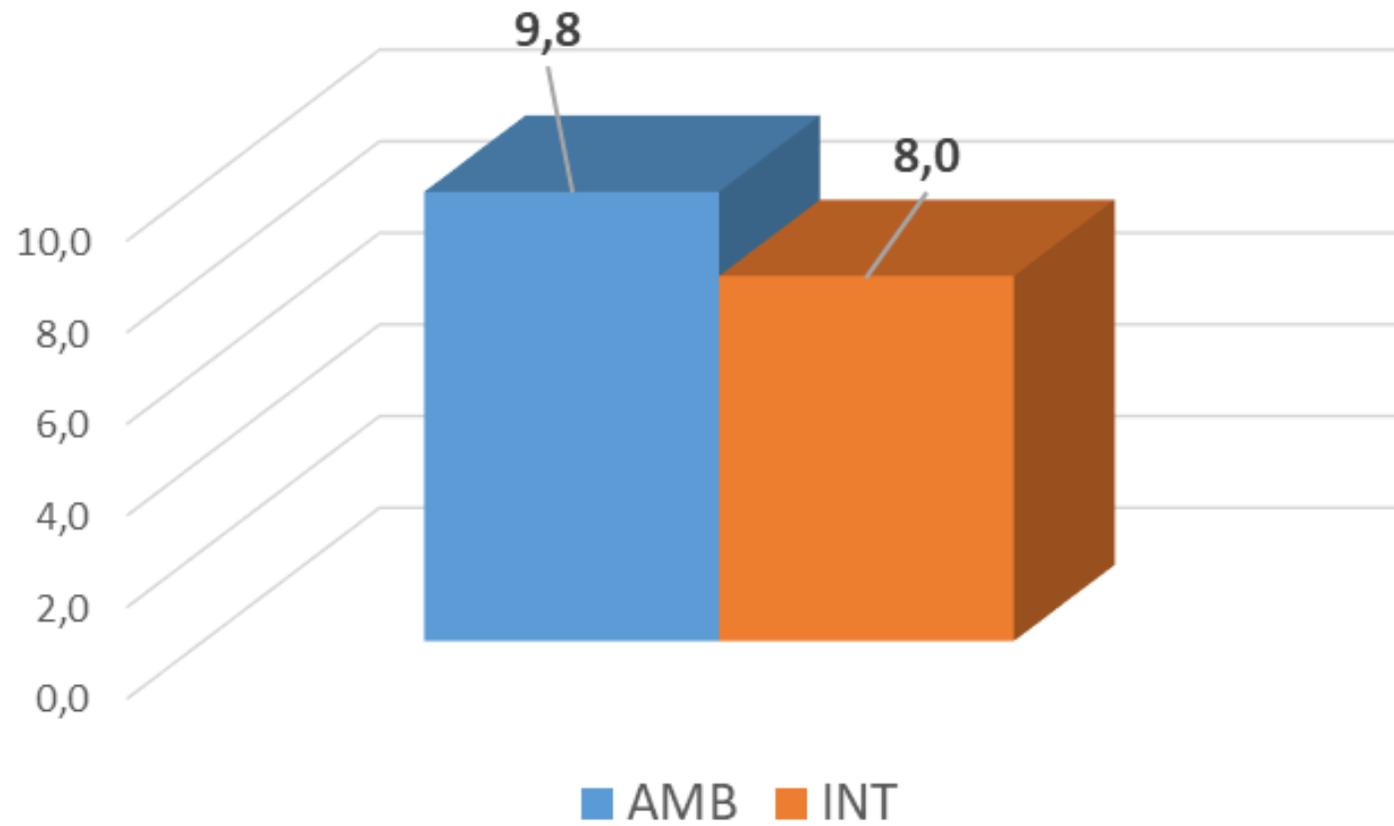
Prevalencia de BLEE en IU en 2022



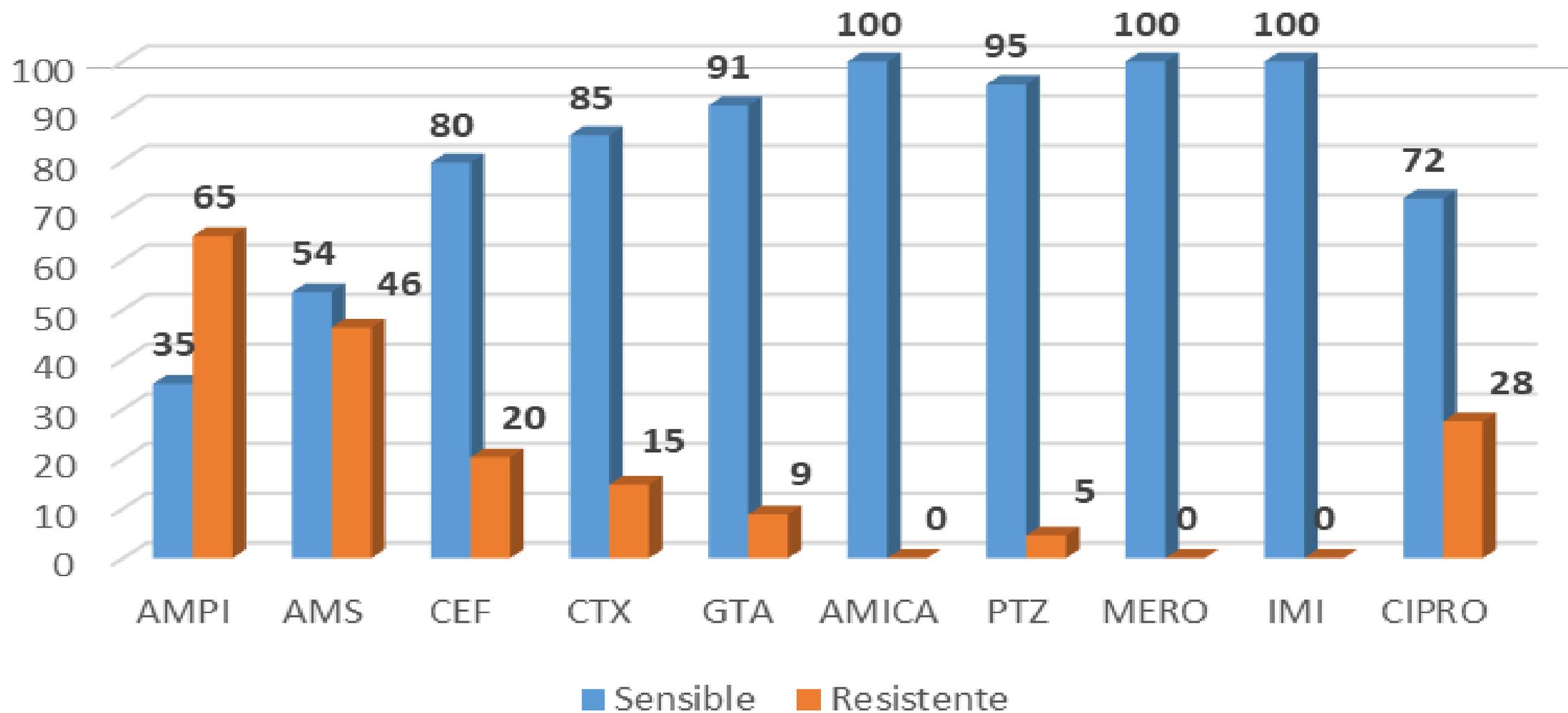
Perfil de Resistencia en IU Amb 2022



Prevalencia de BLEE en IU en 2023

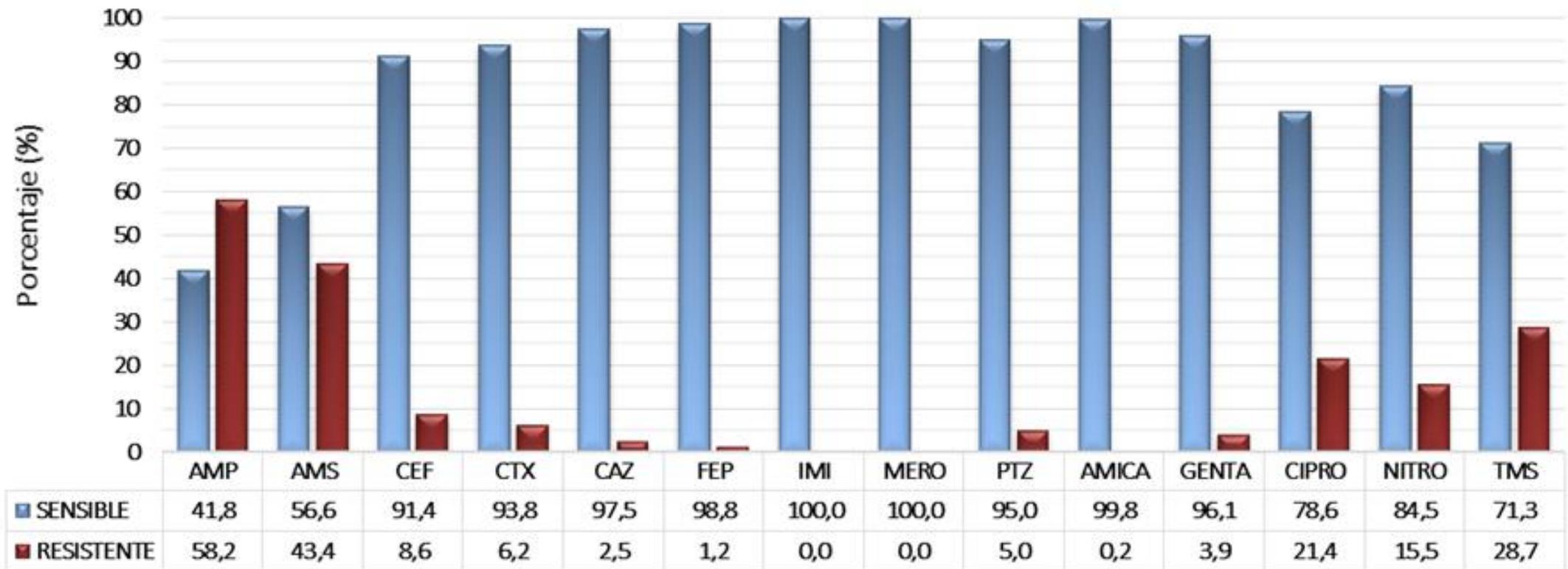


Perfil de Resistencia IU 2022

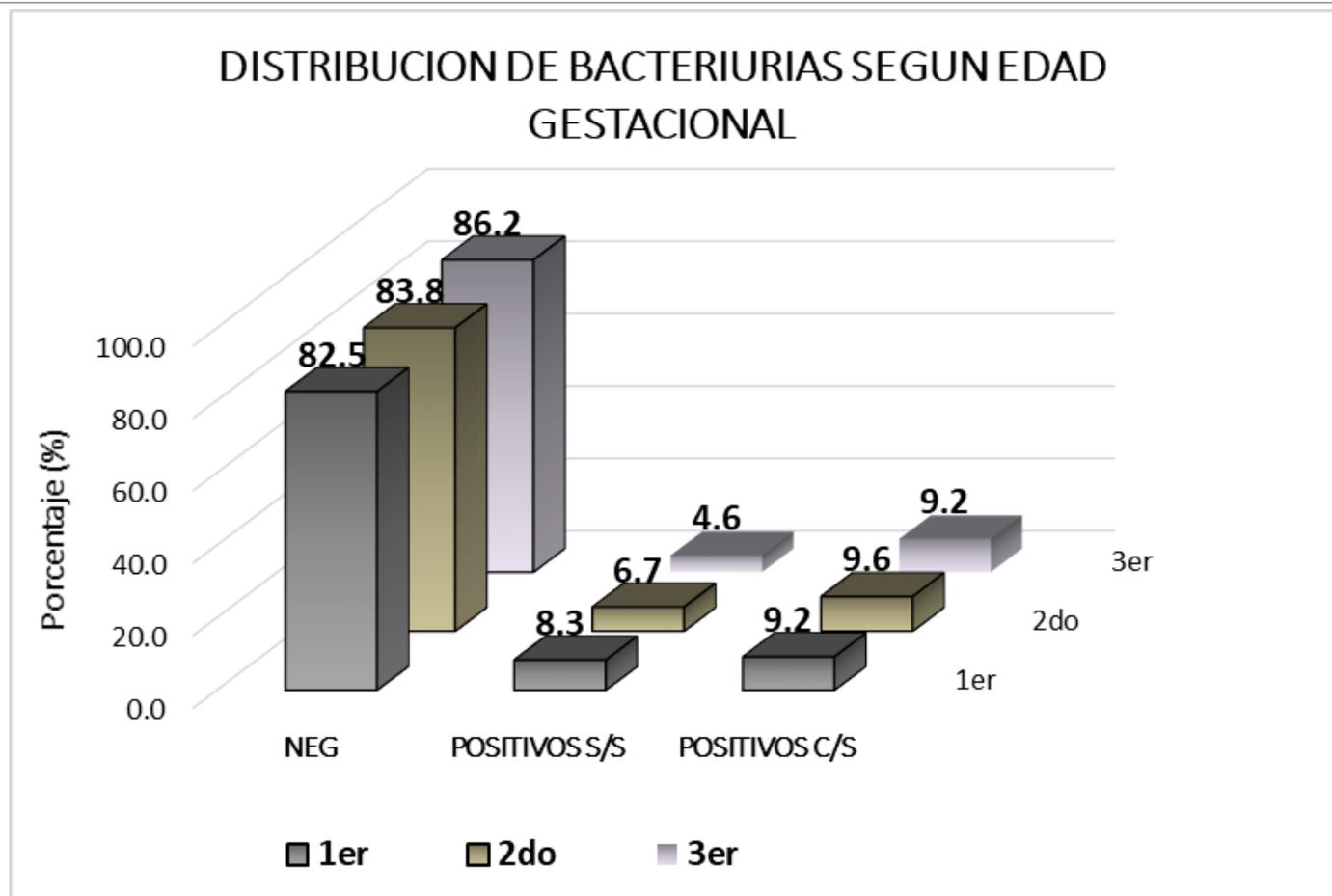


Perfil de sensibilidad para Enterobacterias aisladas de urocultivos de la población estudiada.

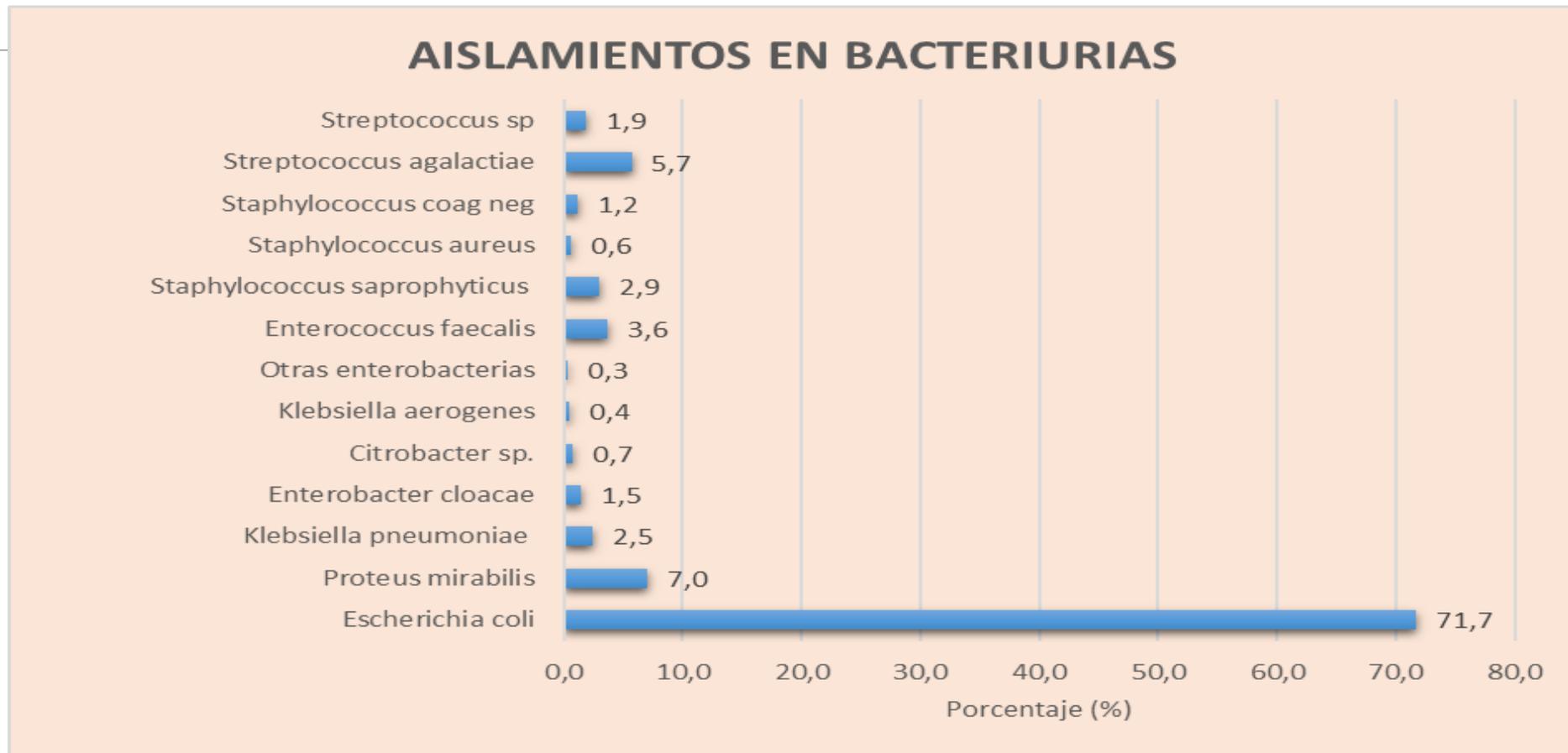
Perfiles de Sensibilidad en Enterobacterias



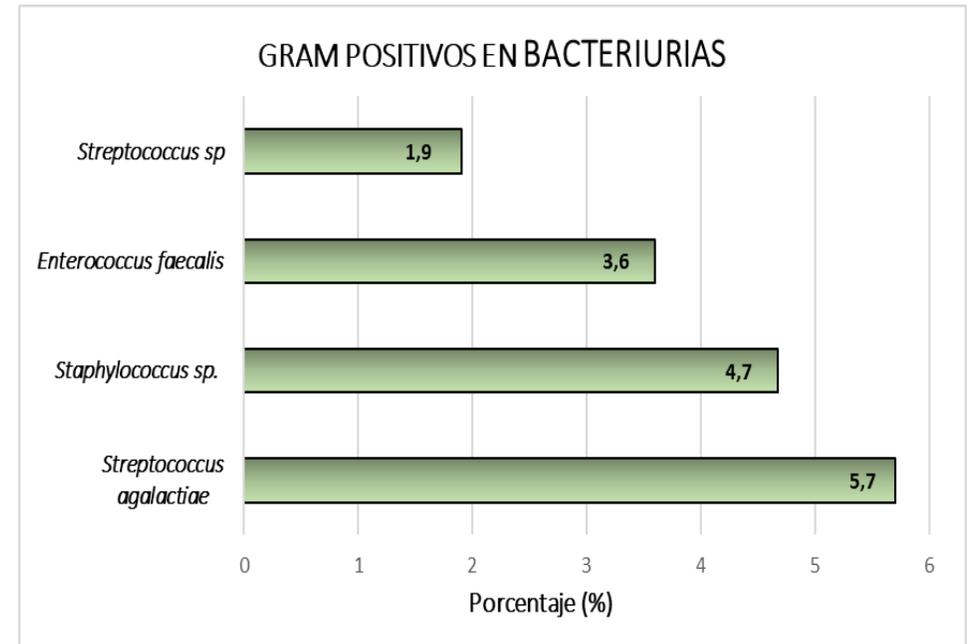
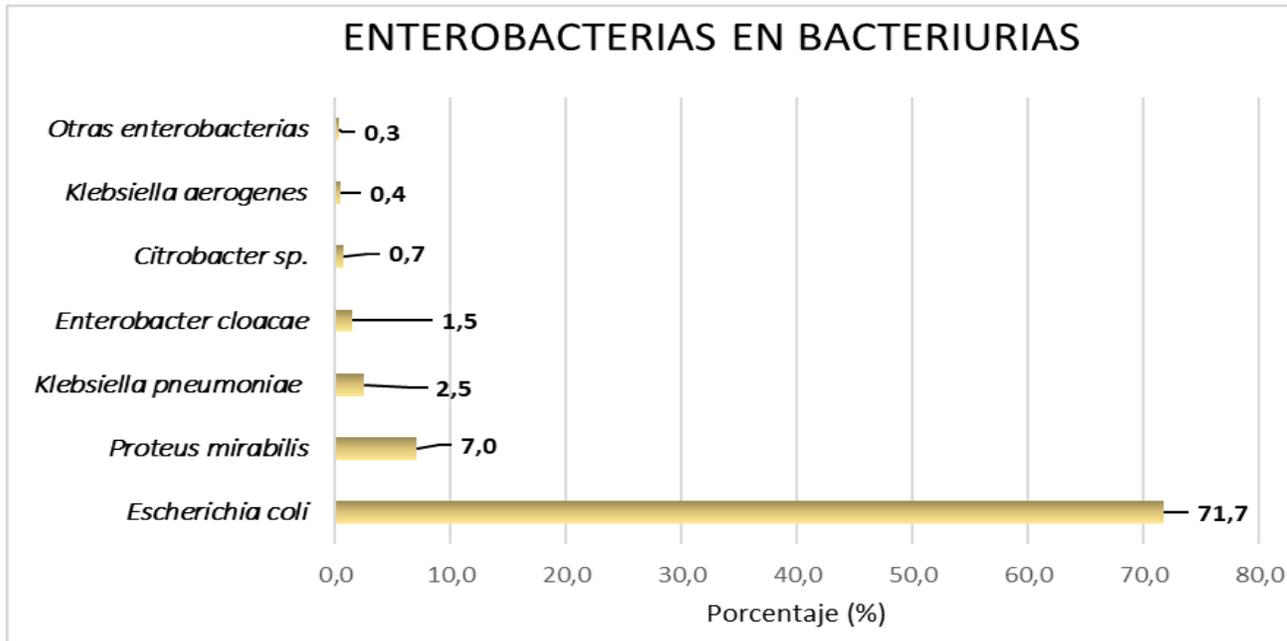
Representación gráfica del número de embarazadas que realizan sus controles en los tres trimestres, resultados negativos, aislamientos obtenidos con síntomas y en ausencia de los mismos. N 5017 muestras Año 2019



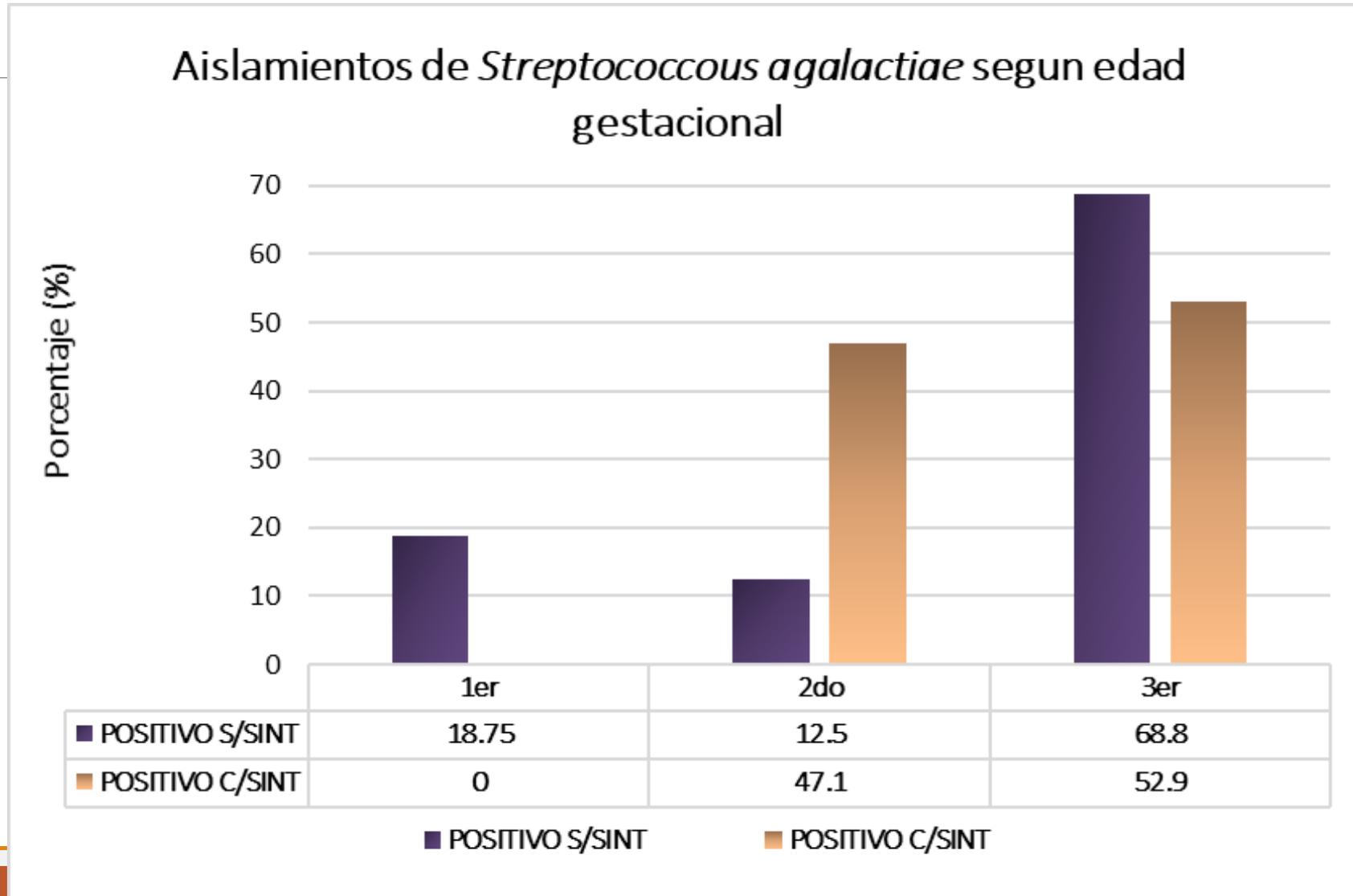
Prevalencia en los aislamientos. Gráfico de la prevalencia de los aislamientos en infecciones urinarias en embarazadas en el IMG en el año 2019.



Prevalencia de las Enterobacterias y CGP en los aislamientos en infecciones urinarias en embarazadas en el IMG en el año 2019.

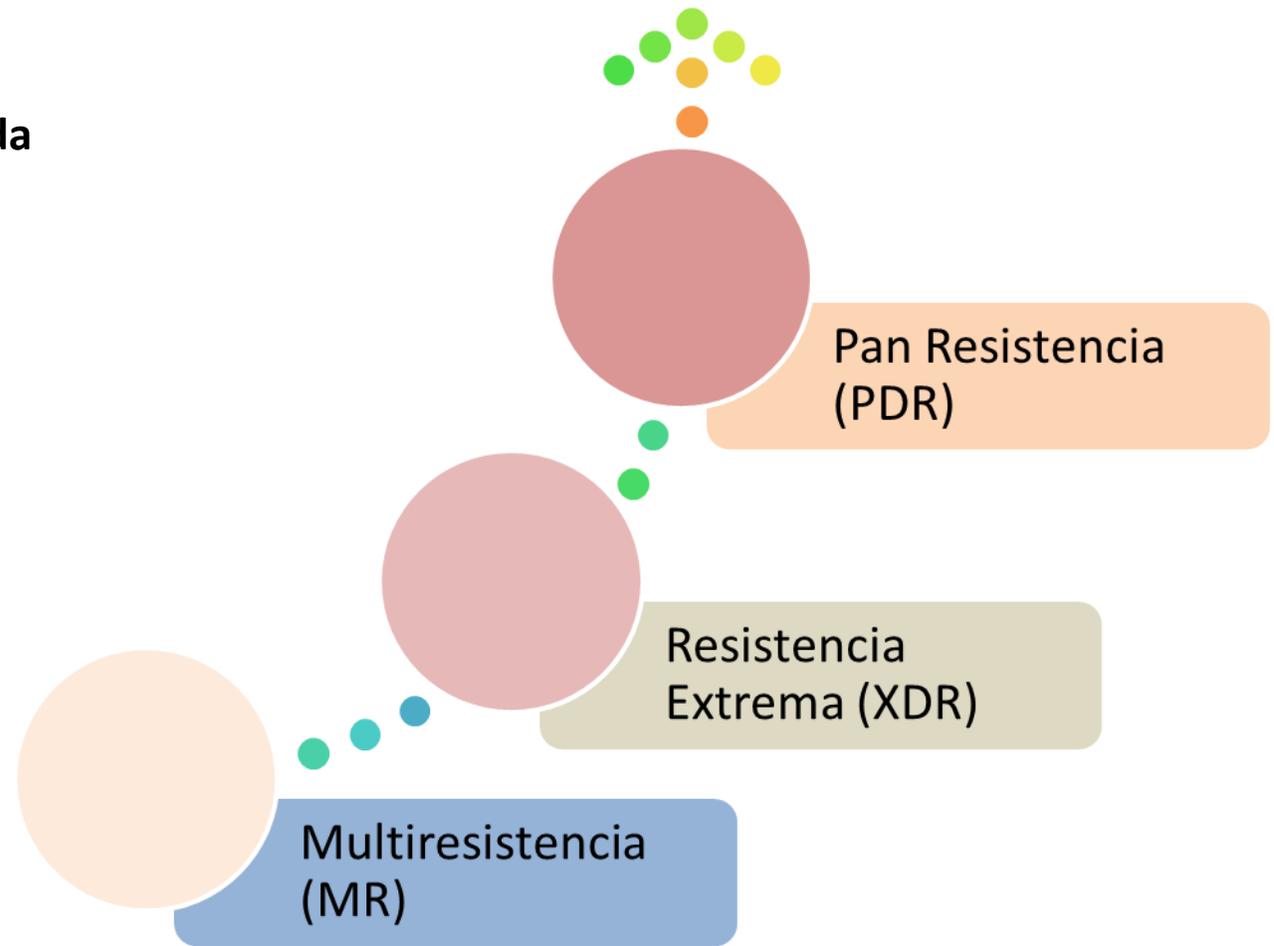


Prevalencia de *Streptococcus agalactiae* según edad gestacional, urocultivos positivos con síntomas y sin síntomas

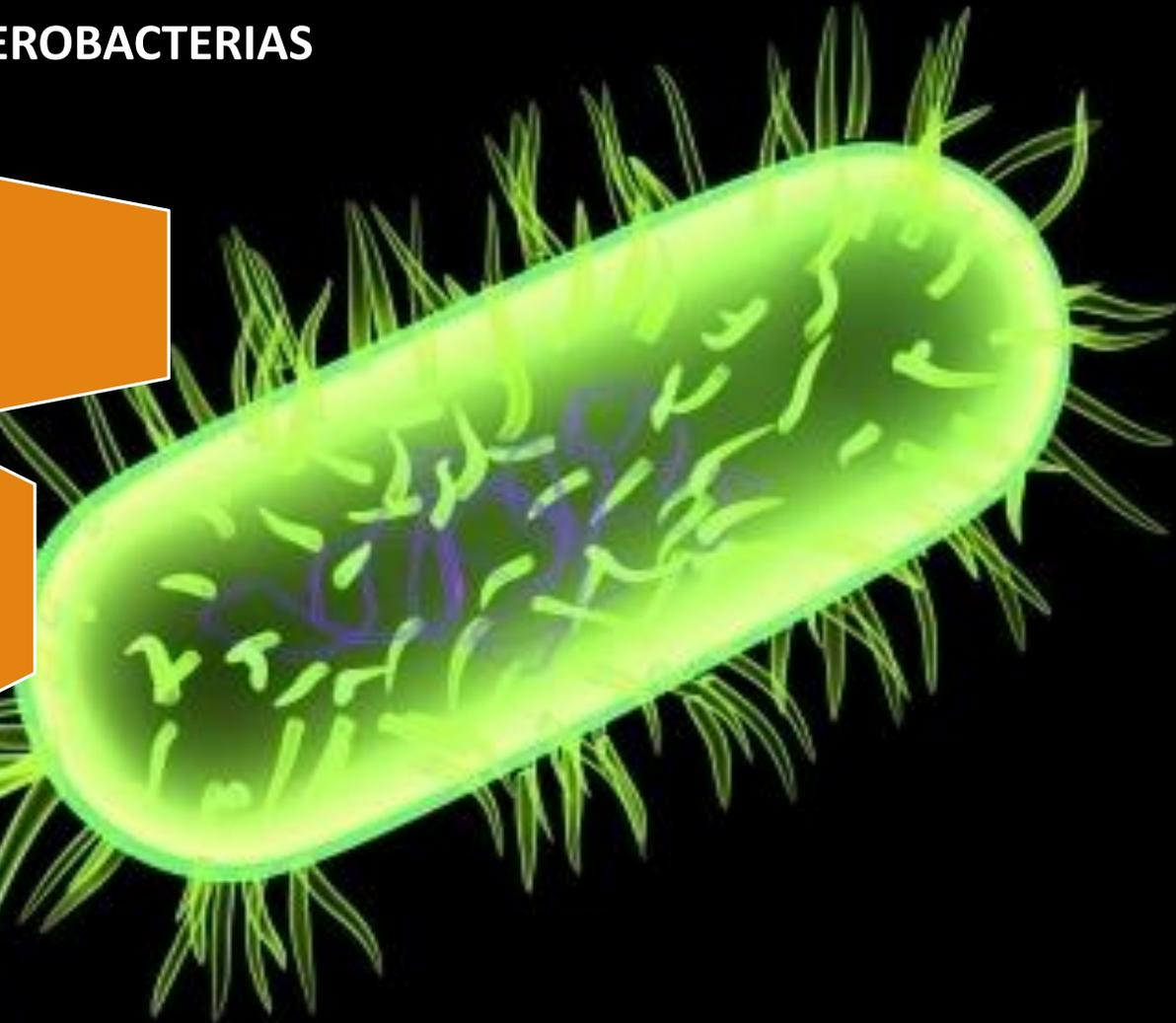


CONSENSO CLASIFICACIÓN DE LA RESISTENCIA BASADA EN LOS PERFILES FENOTÍPICOS DE RESISTENCIA A LOS ANTIMICROBIANOS

En 2008, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE. UU y Europa (CDC y ECDC) propusieron una clasificación de la resistencia basada en los perfiles fenotípicos de resistencia a los antimicrobianos:



MECANISMO DE RESISTENCIA EN ENTEROBACTERIAS





CONCLUSIONES

La categorización de las ITU es clave para el manejo correcto de las mismas.

En bacteriuria asintomática deben ser reconocidos los diferentes escenarios para tratar sólo los casos indicados.

La diferenciación de ITU complicadas y no complicadas es fundamental para su correcto abordaje y tratamiento.

Es importante mantener un estado de vigilancia activa en la evolución de la resistencias y adecuar el tratamiento a la población estudiada.

BIBLIOGRAFÍA

Consenso Argentino Intersociedades de Infección Urinaria 2018-2019 –Parte I. Medicina (buenos Aires) 2020; 80: 229-240

Consenso Argentino Intersociedades de Infección Urinaria 2018-2019 –Parte II. Medicina (buenos Aires) 2020; 80: 241-247

Infección del Tracto Urinario asociada a Sonda Vesical. Actualización y Recomendaciones intersociedades. Medicina (Buenos Aires) 2018; 78: 258-264

Etiología y Resistencia a antimicrobianos de la Infección no complicada del Tracto Urinario. Medicina (Buenos Aires) 2017; 77:304-308

Bacteriurias en embarazadas que asisten al Instituto de Maternidad y Ginecología: “Ntra. Sra. de las Mercedes”. Prevalencias y Perfiles de resistencia antimicrobiana. Bqca. María Angélica Olmos, Dra. María Clarisa Torres Bugeau

Consenso Argentino Intersociedades para el manejo de la Infección del Tracto Urinario – Parte I 2007

Consenso Argentino Intersociedades para el manejo de la Infección del Tracto Urinario – Parte II 2007

Consenso Argentino Intersociedades para el manejo de la Infección del Tracto Urinario – Parte III 2007

Journal of Molecular Biology <https://doi.org/10.1016/j.jmb.2019.04.008> Direct Detection of Tissue-Resident Bacteria and Chronic Inflammation in the Bladder Wall of Postmenopausal Women with Recurrent Urinary Tract Infection

James R. Johnson, Thomas A. Russo N Engl J Med 2018;378:48-59.

AGRADECIMIENTOS



URUEÑA MARIA ALEJANDRA



3814064038



aleurue@yahoo.com.ar

