

MANUAL DE BOLSILLO

Infecciones Urológicas

Guía EAU 2026 (actualización limitada – marzo 2026)

Resumen estructurado tipo manual

Fuerza de recomendación: Fuerte / Débil · NE = Nivel de evidencia

Cómo usar este manual

Resumen operativo de los puntos accionables de la guía EAU 2026. No reemplaza el texto completo ni el juicio clínico; las elecciones empíricas deben ajustarse a los patrones locales de resistencia. Las dosis son orientativas para adultos con función renal normal.

- **Fuerte:** beneficio claro / evidencia sólida.
- **Débil:** balance incierto; individualizar.

Novedades 2026: nueva sección de ITU fúngica y actualización de biopsia prostática (profilaxis).

1. Clasificación y administración de antimicrobianos

La EAU clasifica las ITU por nivel anatómico, gravedad, factores de riesgo (sistema ORENUC) y microorganismo. Pilares transversales:

- Solo tratar bacteriuria cuando hay beneficio probado (ver ABU).
- Tomar urocultivo antes de antibiótico en cuadros no banales y guiar terapia dirigida.
- Acortar duración, des-escalar a espectro estrecho y reservar carbapenémicos/agentes nuevos.
- Evitar aminopenicilinas y cefalosporinas orales como empíricos de rutina por daño ecológico colateral.

2. Bacteriuria asintomática (ABU)

Definición: $\geq 10^5$ UFC/mL en orina de chorro medio — 2 muestras consecutivas en mujer, 1 en varón, sin síntomas urinarios.

Regla de oro: NO cribar ni tratar la ABU, salvo excepciones probadas. La ABU puede proteger frente a ITU sintomática.

¿Tratar o no tratar?

Situación	¿Tratar?	Comentario
Sin factores de riesgo	NO	No causa daño renal.
ITU recurrente (sana)	NO	Tratar la ABU aumenta riesgo de ITU sintomática.
Diabetes bien controlada	NO	Sin reducción de ITU ni complicaciones.
Posmenopáusicas	NO	Manejar igual que premenopáusicas.
Ancianos institucionalizados	NO	Más efectos adversos, sin beneficio.
Trasplante renal	NO	Sin beneficio (salvo protocolos locales tempranos).
Embarazo	SÍ	Cribar y tratar; reduce ITU sintomática, bajo peso y parto pretérmino (evidencia baja).
Previo a cirugía urológica con apertura de mucosa	SÍ	Cribar y tratar antes del procedimiento.

Embarazo – tratamiento

- Curso corto estándar (2–7 días) o fosfomicina trometamol 3 g dosis única.
- Dosis única: menos efectos adversos pero mayor tasa de bajo peso (preferir curso corto en general).

3. Cistitis no complicada en la mujer

Diagnóstico: Clínico: disuria, frecuencia, urgencia sin flujo/irritación vaginal. Tira/cultivo solo en cuadros atípicos o fallo terapéutico.

Antibióticos de primera línea

Fármaco	Dosis	Nota
Fosfomicina trometamol	3 g VO dosis única	1ª línea
Pivmecilinam	400 mg c/8 h × 3–5 d	1ª línea
Nitrofurantoína	100 mg c/12 h × 5 d	1ª línea; evitar si TFG <30
Nitroxolina	según ficha	1ª línea (donde disponible)
Cotrimoxazol	160/800 mg c/12 h × 3 d	Solo si resistencia E. coli <20%
Trimetoprim	200 mg c/12 h × 5 d	Solo si resistencia <20%

No usar aminopenicilinas (resistencia alta). Fluoroquinolonas y cefalosporinas NO son de primera línea para cistitis simple.

Enfoques sin antibiótico (informar a la paciente)

- AINE/manejo sintomático en casos leves; combinaciones fitoterápicas (BNO 1045; L-metionina + hibisco + boswellia) no inferiores a fosfomicina para alivio sintomático (NE 1b).

Situaciones especiales

- Embarazo: penicilinas, cefalosporinas, fosfomicina, nitrofurantoína (no al final del embarazo ni en déficit G6PD), trimetoprim (no 1er trimestre), sulfamidas (no último trimestre).
- Varón joven con cistitis simple: pivmecilinam o nitrofurantoína (solo si se excluye afectación prostática).
- TFG <30 mL/min: nitrofurantoína contraindicada.

4. Cistitis recurrente

Definición: ≥3 episodios/año o ≥2 en 6 meses, confirmados por cultivo.

Escalón preventivo

- Modificación conductual e hidratación; informar de medidas no antimicrobianas primero.
- No antimicrobianos: reemplazo hormonal vaginal (posmenopáusicas), inmunomodulación (OM-89), arándano, D-manosa, metenamina hipurato; evidencia variable.
- Profilaxis antimicrobiana continua a dosis baja o poscoital solo si fracasan las medidas no antibióticas.
- Autodiagnóstico/autotratamiento en pacientes seleccionadas y bien instruidas.

5. Pielonefritis aguda no complicada

Diagnóstico: Fiebre, dolor en flanco, ± síntomas miccionales. Urocultivo siempre. Imagen (TC sin contraste / ecografía) si sospecha de complicación, litiasis u obstrucción.

Tratamiento ambulatorio – oral

Fármaco	Dosis	Duración / nota
Ciprofloxacino	500–750 mg c/12 h	7 d (resistencia FQ debe ser baja)
Levofloxacino	500 mg c/24 h	5 d
Cotrimoxazol	160/800 mg c/12 h	14 d (dar dosis IV inicial si empírico)
Cefpodoxima	200 mg c/12 h	10 d
Ceftibuteno	400 mg c/24 h	10 d

Solo fluoroquinolonas y cefalosporinas se recomiendan para tratamiento empírico ORAL. Nitrofurantoína y fosfomicina oral NO alcanzan niveles tisulares adecuados.

Tratamiento hospitalario – parenteral (empírico)

Fármaco	Dosis	Nota
Ciprofloxacino	400 mg c/12 h IV	1ª línea
Levofloxacino	500 mg c/24 h	1ª línea
Ceftriaxona	2 g c/24 h IV	1ª línea
Piperacilina/tazobactam	4.5 g c/8 h	Cefalospor. de amplio espectro/penicilina
Gentamicina / Amikacina	6–7 / 25–30 mg/kg/d	± ampicilina; no monoterapia estudiada

- Carbapenémicos y agentes nuevos solo si cultivo precoz indica patógeno multirresistente.
- Cambiar IV→oral al mejorar; duración total 7–10 días.

6. ITU sistémica y urosepsis

ITU con repercusión sistémica (SIRS/sepsis). Iniciar antibiótico empírico SIN demora + control del foco (desobstrucción/drenaje).

Empírico parenteral

- Cefalosporina de 2ª generación + aminoglucósido, o cefalosporina de 3ª generación.
- Ciprofloxacino si resistencia FQ <10% y contraindicación a cefa 3ª/aminoglucósido.
- Enfermedad crítica u obstrucción: carbapenémico (imipenem 500 mg c/6 h o meropenem 1 g c/8 h) para cubrir BLEE.
- Cubrir BLEE empíricamente si riesgo aumentado.

Duración

- General 5–10 días según respuesta; con mejoría a 48–72 h: 5–7 d (FQ), 7–10 d (cotrimoxazol/betalactámicos).
- En varones con ITU sistémica: 7 días es inferior a 14 días.
- Bacteriemia hospitalaria: 7 días no inferior a 14 días.

7. ITU asociada a catéter (CA-UTI)

- No tratar bacteriuria asintomática del paciente sondado.
- Limitar la cateterización y retirar lo antes posible; preferir alternativas a la sonda permanente.
- No usar profilaxis antibiótica rutinaria al retirar/insertar sonda ni para autosondaje intermitente.
- Si CA-UTI sintomática: recambiar la sonda si lleva >7 días y tomar cultivo de la sonda nueva antes de tratar.
- No usar sondas impregnadas/antibióticas de forma rutinaria para prevenir CA-UTI.

8. Uretritis

Diagnóstico: NAAT en primera orina o exudado uretral; tinción de Gram orienta gonocócica vs no gonocócica.

Etiología	Tratamiento	Nota
Gonocócica (N. gonorrhoeae)	Ceftriaxona 1 g IM/IV dosis única	Guiar por patrón local; no FQ
C. trachomatis	Doxiciclina 100 mg c/12 h x 7 d	Alt: azitromicina
M. genitalium	Según resistencia a macrólidos	Moxifloxacino si resistente
T. vaginalis	Metronidazol	Tratar a la pareja

- Tratar/rastrear contactos; reevaluar a los 14 días en ITS probada.

9. Prostatitis bacteriana

Prostatitis bacteriana aguda (PBA)

- Tratar como ITU sistémica: betalactámico de amplio espectro (penicilina antipseudomónica, cefa 3ª) o fluoroquinolona IV inicial.
- Tras normalizar parámetros: pasar a oral hasta completar 2–4 semanas.
- Absceso prostático: <1 cm conservador; mayores → aspiración/drenaje.

Prostatitis bacteriana crónica (PBC)

- **1ª línea:** fluoroquinolona (ciprofloxacino/levofloxacino) ≥4–6 semanas.
- **Intracelular:** macrólido (azitromicina) o tetraciclina (doxiciclina) 3–4 semanas.
- **T. vaginalis:** metronidazol 500 mg c/8 h x 14 d.

10. Epididimitis aguda

Iniciar un antibiótico o combinación activa frente a Enterobacterales y C. trachomatis; ajustar tras identificar patógeno. Cribar ITS y rastrear contactos. AINE de soporte.

Escenario	Opciones	Días
ITS probable / sexualmente activo	A) Levofloxacino 500 mg c/24 h · B) Doxiciclina 100 mg c/12 h + cotrimoxazol 160/800 c/12 h	10–14
Sospecha gonococo	Ceftriaxona 1 g IM/IV única + doxiciclina 100 mg c/12 h	10–14
No sexualmente activo (entérico)	Fluoroquinolona 1 vez/día	14

- Exploración quirúrgica si absceso o necrosis.

11. Gangrena de Fournier

Emergencia quirúrgica. Tríada de manejo:

- Desbridamiento quirúrgico urgente y repetido.
- Antibióticos de amplio espectro de inmediato (cobertura aerobios/anaerobios).
- Soporte hemodinámico/reanimación; valorar centro especializado.

12. ITU fúngica (sección nueva 2026)

Contexto: Mayor riesgo: sonda permanente, diabetes, antibióticos de amplio espectro, inmunosupresión, UCI.

- Funguria asintomática: NO tratar de rutina; retirar/cambiar sonda y corregir factores de riesgo.
- Cistitis/ITU fúngica sintomática: antifúngico según especie y sensibilidad (p. ej. fluconazol para Candida sensible).
- Cistitis fúngica asociada a inhibidores SGLT2: considerar este vínculo en pacientes en tratamiento.

13. Tuberculosis genitourinaria

- Diagnóstico: microscopía, cultivo, NAAT en orina e imagen.
- Tratamiento médico: pauta antituberculosa estándar (régimen de 4 fármacos).
- Cirugía para secuelas (estenosis, riñón no funcionante).

14. Profilaxis antibiótica periprocedimiento

Principios generales

- Asepsia y medidas no antibióticas primero; detectar y tratar bacteriuria significativa antes de procedimientos con apertura de mucosa.
- Elegir el agente según ecología local y dar dosis única previa a la incisión.

Por procedimiento

Procedimiento	Profilaxis
Urodinamia, cistoscopia	No de rutina (solo si factores de riesgo)
LEOC (litotricia extracorpórea)	No de rutina
Ureteroscopia	Dosis única recomendada
Nefrolitotomía percutánea (NLP)	Profilaxis recomendada
RTU de próstata / vejiga	Profilaxis recomendada
Biopsia prostática transperineal	Mínima/ninguna; vía preferida por menor sepsis
Biopsia prostática transrectal	Profilaxis dirigida (objetivo o aumentada)

Actualización 2026: refuerza la biopsia transperineal por su menor riesgo infeccioso frente a la transrectal.