

MANEJO DE LAS INFECCIONES DE ORINA EN URGENCIAS

Dr. J. Sánchez
Hospital de Cruces

SOSPECHA DE ITU.

- 1) Lactantes con fiebre sin foco: sospecha de Pielonefritis (PNA). También en niños mayores con fiebre alta +/- sd. Cistítico +/- dolor en FR.
- 2) Sintomatología inespecífica en lactantes: vómitos, retraso ponderal... (sospecha de ITU baja)
- 3) Clínica urinaria afebril o con febrícula (disuria, polaquiuria, hematuria, dolor abdominal...) en niños mayores. (sospecha de ITU baja)

PROTOCOLO DIAGNÓSTICO

1) Lactantes con sospecha de ITU:

- Recoger orina por bolsa perineal (BP) (cambiarla cada 30 mn) y hacer labstix. Si es sugerente de ITU (leucocituria $\geq +$ o nitrituria), realizar sondaje uretral. Si persiste la alteración en el labstix enviar muestra a Bacteriología para realizar Urocultivo y Gram (en las horas en que sea posible realizarlo). Si el niño viene remitido por un labstix patológico en la consulta del pediatra realizar directamente el sondaje. Si un lactante no realiza micción espontánea tras 1-2 horas de espera e interesa descartar ITU realizar sondaje. Todas las orinas recogidas por sondaje se enviarán para Urocultivo.
- En los menores de 3 meses con fiebre sin foco se realizará siempre de entrada sondaje uretral, para enviar siempre Urocultivo.
- En el caso de no poderse realizar sondaje uretral o ser dificultosa su realización (p.e. fimosis importante) se realizará punción suprapúbica. En caso de no obtenerse muestra se enviará la muestra de la BP.
- Es válida la muestra recogida en mitad del chorro miccional, incluso en lactantes.
- Si el labstix de la orina por bolsa no presenta leucocituria ni nitrituria (aunque presenten +/- de microhematuria o proteinuria) no estará indicada la realización sistemática de Urocultivo (salvo casos puntuales), pudiéndose descartar con alto grado de fiabilidad la existencia de una ITU. Se buscarán otros focos de la fiebre y, en casos de sd febriles de corta evolución, se aconsejará repetir el labstix de orina a nivel ambulatorio en 24 horas en el caso de persistir la fiebre sin focalidad.
- Si el labstix es sugerente de ITU se tomará una TA y se solicitará analítica de sangre: hematemetría, PCR, ionograma, urea, creatinina. Hemocultivo solo si tiene < 2 meses de edad o en mayores si el aspecto clínico sugiere bacteriemia, y además presenta pico febril en ese instante. Solamente se indicará la realización

de PL de forma sistemática en neonatos < 1 mes de edad, con sospecha de ITU y fiebre asociada.

- Si la orina fuera claramente purulenta, presentara distensión abdominal o sensación de masa abdominal palpable se solicitará Ecografía renal urgente.

2) **Sospecha de PNA en niños mayores** (con control vesical)

- El protocolo diagnóstico es idéntico, salvo la recogida de orina, que se hará en mitad del chorro miccional, previo lavado de la zona.

3) **Sospecha de ITU baja**

- Según la edad/control vesical la recogida de orina y el envío de urocultivo se realizará con las mismas indicaciones antes descritas.
- En estos casos no es preciso realizar analítica sanguínea, salvo en los casos de duda diagnóstica o en niños menores de 3 meses.

MANEJO TERAPEUTICO Y CONTROL POSTERIOR

1) Se considerarán criterios de **ingreso en planta absolutos**:

- . Edad < 3 meses.
- . Malformación nefrourológica: RVU grado > III, obstrucción urinaria, hidronefrosis, vejiga neurógena, litiasis renal, IRA, IRC, cicatriz renal previa conocida. (si es posible se contactará con Nefrología)
- . Aspecto séptico, tóxico, MEG.
- . Deshidratación importante.
- . Disminución de la función renal apreciable en la analítica sanguínea.
- . Ausencia de garantía en el cumplimiento del tratamiento o seguimiento.

Estos niños ingresarán con tratamiento IV/IM, preferentemente con Gentamicina 5-6 mg /kg en dosis única diaria, o Ceftriaxona IV/IM (50-75 mg/kg/día, en 1-2 dosis). Si los niños están deshidratados o toman mal se elegirá preferentemente la vía IV, para facilitar rehidratación parenteral. En el caso de menores de 1 mes se asociará Ampicilina IV a 100 mg/kg/día, excepto si en el Gram se identifica un BGN.

2) **Se considerará el ingreso en Planta o, al menos, iniciar tratamiento** IV/IM con Ceftriaxona IV/IM (50-75 mg/kg/día, en 1 dosis) ó Gentamicina 5-6 mg /kg en dosis única diaria **en la Unidad de Observación**, en aquellos lactantes < 12 meses

- . con vómitos o mala tolerancia oral.
- . historia al diagnóstico de fiebre elevada de > 72 horas de evolución (realizar siempre al menos ecografía urgente).
- . persistencia de fiebre alta en los casos ya diagnosticados tras 48 horas de tratamiento oral (realizar siempre al menos ecografía urgente).

Tras 12-24 horas como máximo de tratamiento parenteral se debe decidir su ingreso en Planta o alta domiciliaria. En este último caso se indicará tratamiento con Cefixima oral 8 mg/kg/día (c/12 horas) durante 14 días. A estos niños, al alta se solicitará cita para consultas externas de pediatría general, excepto si ya estaban siendo controlados en consultas, en cuyo caso se les recomendará se pongan en contacto con la misma.

3) En los demás casos (es decir niños mayores de 3 meses, con buen estado general, sin patología nefrourológica importante de base, buena tolerancia oral y con familiares que hayan entendido bien las indicaciones) **se remitirán al domicilio con tratamiento con Cefixima oral** durante 14 días (8 mg/kg/día, c/12 horas, salvo el primer día, en que se

doblará la dosis). En estos casos se indicará a la familia que si persiste con fiebre elevada más allá de 48 horas tras iniciarse el tratamiento, o no toleran bien el antibiótico vuelvan a la Urgencia para nueva valoración. En estos casos se individualizará la actitud, según el motivo de la reconsulta. A todos los niños con tratamiento domiciliario, se solicitará al alta cita para consultas externas de Pediatría General, a partir de 15 días (una vez finalizado el tratamiento antibiótico), adjuntando una petición de Ecografía renal para Radiología Infantil, en el que debe constar “Pielonefritis aguda, Urocultivo positivo. Urgente”. Dicha ecografía se realizará el mismo día de la consulta, por lo que ese día deben pasar por Radiología Infantil (Planta baja) a primera hora. En los casos de menores de 12 meses, esta ecografía se realizará de manera urgente, en las primeras 48-72 horas, en un día laborable por la mañana (los niños diagnosticados el lunes vendrán el siguiente jueves; los del martes, el viernes; los del miércoles y jueves, el lunes; los del viernes, el martes; y los del sábado y domingo el miércoles. Anotarlo en el calendario dispuesto a tal efecto, con un máximo de dos citaciones por día) tras confirmarse la positividad del Urocultivo (informar de que se avisará telefónicamente en 48 horas –confirmar que el teléfono dado es correcto y estará disponible- solamente si el urocultivo es negativo, para anular tratamiento y citas). Hay que insistir a la familia en la importancia de acudir a la cita, aportando ese día una copia del informe de urgencias y del Urocultivo si lo tuviera la familia, y de que deben administrar abundantes líquidos antes de la ecografía, procurando, en el caso de niños continentales, que no realicen micción antes de la misma. En estos casos se entregará siempre la hoja de cuidados correspondiente.

4) Los niños con leucocituria y fiebre, pero con estudio analítico normal (HRF < 10.000 + linfomonocitosis + PCR < 2, realizados con más de 12 horas de evolución), serán valorados clínicamente en cada caso.

5) A los niños dados de alta desde Urgencias se les recomendará que se realice un control clínico a nivel ambulatorio a las 48 horas de iniciado el tratamiento oral, y tras dos días de finalización del mismo. Por lo tanto, no es necesario (salvo casos de dificultad en el seguimiento: p.e en localidades sin pediatra) remitirles a Urgencias para control posterior al tratamiento. Si al finalizar el tratamiento el niño está asintomático y el labstix realizado es normal no es preciso recoger Urocultivo de control. Si el labstix ambulatorio resultara alterado se remitirán para nueva valoración, realizándose nuevo sondaje uretral. Si persiste alterado se valorará individualmente cada caso. Si, por el contrario, resultara normal, se enviará para urocultivo y se seguirá el estudio en consultas externas.

6) En niños etiquetados de ITU en los que llegue un Urocultivo negativo, se contactará telefónicamente con la familia para valorar la suspensión del tratamiento, indicándoles en ese caso que se anulará la cita que tenían concertada para la ecografía y Consultas Externas. Para ello hay que dejar fuera la ficha de estos niños, para contactar en horario de mañanas, de lunes a viernes, con las secretarias de dichas consultas.

7) Sospecha de ITU bajas

- Se indicará tratamiento con Amoxicilina-clavulánico oral a 50 mg/kg/día (c/8 horas) durante 5 días.
- Control posterior al tratamiento por su pediatra, para valorar seguimiento. No es necesario darles cita a C Externas, independiente de la edad del paciente.

Gema Ariceta Iraola
Hospital de Cruces

Jesús Sánchez Etxaniz Nefrología Infantil
Urgencias de Pediatría.
Hospital de Cruces

18.05.06.

PROTOCOLO DE ESTUDIO EN C. EXTERNAS DE LA 1ª PNA

1.- Cisto-uretro-grafía-miccional (CUMS):

- rutinaria en el primer episodio de PNA en < 3 años, tras la curación de la infección activa.
- en > 3 años, la indicación dependerá de los resultados de la ecografía y el DMSA:
 - ecografía normal y DMSA normal: no se realizará CUMS de rutina
 - DMSA con hipocaptación: indicación de CUMS, independientemente de que la ecografía sea normal o no
 - ecografía anormal: individualizar la CUMS

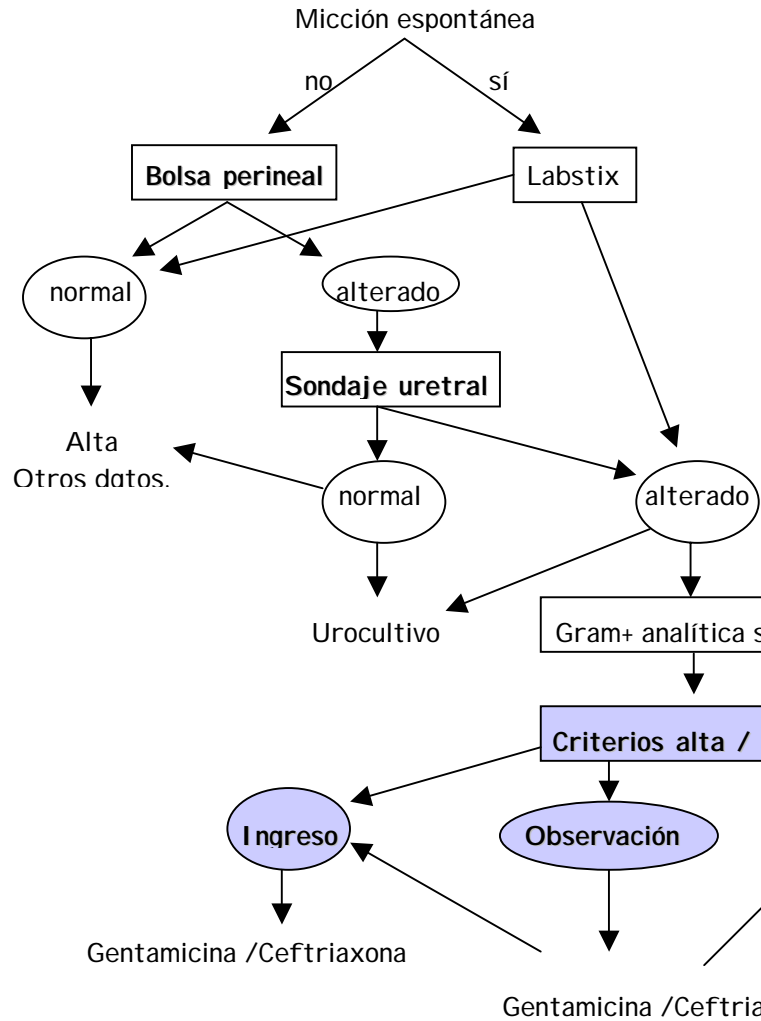
2.- Gammagrafía renal con DMSA:

- a los 6-12 meses del episodio de PNA en niños con ecografía renal normal y evolución clínica favorable
- indicada en la fase aguda de la infección en aquellos casos con ecografía anormal (individualizar), ante la sospecha de displasia renal, o cuando el diagnóstico de PNA sea necesario o el curso clínico tórpido

3.- Otras pruebas complementarias: Rx simple, urodinamia, ecografía doppler, renograma isotópico, urografía IV, TAC, RMN u otras. Su indicación será individualizada y en principio no se consideran exploraciones de rutina

Gema Ariceta Iraola
Jefe Sección Nefrología Infantil
Hospital de Cruces
07/06/06

SOSPECHA DE PNA



- Criterios ingreso en Planta ***
- Edad < 3 meses.
 - Malformación: RVU grado > III, obstrucción urinaria, hidronefrosis, vejiga neurógena, litiasis renal, IRA, IRC, cicatriz renal previa conocida.
 - Aspecto séptico, tóxico, MEG.
 - Deshidratación importante.
 - Disminución de la función renal en la analítica.
- Criterios ingreso Planta/Observación ***
- Vómitos o mala tolerancia oral.
 - Historia de fiebre elevada de > 72 h. de evolución (realizar siempre al menos ecografía).
 - Persistencia de fiebre alta > 48 h. tras tratamiento oral (realizar siempre al menos ecografía).

- Sospecha de ITU baja**
- 1) Amoxicilina-clavulánico VO: 40 mg/kg/día (3), 5 días
 - 2) Control posterior pediatra

- Cefixima VO: 1º día: 16 mg/kg/d
2º-14º día: 8 mg/kg/d
- **Control posterior****
- Valoración pediatra 48 horas.

CONTROL POSTERIOR **

