



EMPRESA SOCIAL DEL  
ESTADO  
ARMENIA QUINDÍO  
NIT. 801001440-8

Código: M-GH-G-012

Versión: 2

Fecha de elaboración: Dic/2013

Fecha de revisión: 21/05/2014

Página: 1 de 6

Nombre del  
Documento:

Guía Pielonefritis Aguda

Unidad  
Administrativa:

Subgerencia Científica

# GUIA RÁPIDA DE PIELONEFRITIS AGUDA

**UBICACIÓN.** Todos los servicios

**FECHA DE PROXIMA ACTUALIZACION:** Marzo del  
2018

**REFLEXION:** *La libertad y la  
salud se asemejan:  
su verdadero valor se  
conoce cuando nos faltan.  
Henri Becque*

## EJES TEMATICOS DE LA ACREDITACION

**SEGURIDAD DEL  
PACIENTE**



**HUMANIZACIÓN**



**ENFOQUE DE  
RIESGO**



**GESTIÓN DE LA  
TECNOLOGIA**




Elaboró: Auditoria Medica

Revisó: Calidad




Aprobó: Comite de Historias Clinicas

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: M-GH-G-012
		Versión: 2
		Fecha de elaboración: Dic/2013
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 2 de 6

<b>Nombre del Documento:</b>	Guía de Pielonefritis	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-----------------------	-------------------------------	------------------------

<b>CONFLICTO DE INTERES</b>	  
-----------------------------	---

No se presentaron conflictos de interés entre los participantes.

<b>INTRODUCCION</b>	  
---------------------	---

Las infecciones urinarias (IU) figuran entre las enfermedades infecciosas más prevalentes y la carga económica que suponen para la sociedad es considerable. Por desgracia, en Europa, no existen datos de calidad acerca de la prevalencia de diversos tipos de IU y su repercusión en la calidad de vida de la población afectada, así como tampoco acerca de las consecuencias de las IU para la economía en general y el sistema sanitario en particular. A fin de contar con un sistema sanitario público con un buen funcionamiento, se necesitan estos datos con urgencia. Los datos obtenidos a partir de otros países y sociedades, por ejemplo, Estados Unidos, sólo pueden aplicarse con precaución a la situación europea.


Las IU justifican más de 100.000 ingresos hospitalarios al año, principalmente por pielonefritis (1). También explican al menos el 40 % de todas las infecciones nosocomiales y participan en la mayoría de los casos asociados a sondas y catéteres (2-4).

Aparece bacteriuria nosocomial hasta en el 25 % de los pacientes que precisan una sonda urinaria durante al menos 7 días, con un riesgo diario del 5 % (5). Se ha calculado que un episodio de bacteriuria nosocomial suma entre 500 y 1.000 dólares al coste directo de la hospitalización por asistencia aguda (6). Además, los patógenos se encuentran totalmente expuestos al ambiente nosocomial, lo que incluye una presión selectiva por sustancias antibióticas o antisépticas. Por consiguiente, las IU nosocomiales quizá constituyan el reservorio institucional más importante de patógenos nosocomiales resistentes a antibióticos (5).

<b>OBJETIVOS</b>	  
------------------	---

Clasificar y ofrecer ciertas recomendaciones generales sobre el diagnóstico y el tratamiento de las IU en ambos sexos.




Elaboró: Auditoria Medica	Revisó: Calidad	Aprobó: Comite de Historias Clinicas
---------------------------	-----------------	--------------------------------------

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: M-GH-G-012
		Versión: 2
		Fecha de elaboración: Dic/2013
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 3 de 6

<b>Nombre del Documento:</b>	Guía de Pielonefritis	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-----------------------	-------------------------------	------------------------

<b>POBLACION OBJETO</b>	  
-------------------------	---

Hombres y Mujeres en edad adulta. No incluye Mujeres

<b>ALCANCE</b>	  
----------------	---




Personal médico de los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa.

<b>DEFINICION</b>	  
-------------------	---

La Pielonefritis se define como el proceso infeccioso que afecta la pelvis y el parénquima renal y que se refleja en un cuadro clínico caracterizado por dolor lumbar, fiebre y bacteriuria. El espectro de presentación es muy amplio, concordante con la severidad de la enfermedad, la cual puede cursar como infección localizada o evolucionar a una infección severa con los signos clásicos de respuesta inflamatoria sistémica o shock séptico.

**Pielonefritis no complicada:** Ocurre en pacientes sin alteraciones anatómicas o funcionales del tracto urinario.


**Pielonefritis Complicada:** Ocurre en pacientes con alteraciones estructurales o funcionales del aparato urinario, tales como litiasis, malformaciones congénitas, quistes, neoplasias, estenosis, catéteres uretrales, condiciones asociadas como diabetes, insuficiencia renal crónica, neutropenia, trasplante, embarazo, edad avanzada, inmunosupresión.

<b>EPIDEMIOLOGIA</b>	  
----------------------	---

La Pielonefritis Aguda es uno de los cuadros más frecuentes en los servicios de urgencias, responsable del 3-5% de las consultas. En general la mortalidad asociada es baja, excepto en los casos de sépsis de origen urinario o shock séptico.

**ETIOLOGIA:** La Pielonefritis aguda es causada en 80% de casos por la Escherichia coli uropatógena caracterizada por tener determinantes específicos de virulencia que le permiten

Elaboró: Auditoria Medica	Revisó: Calidad	Aprobó: Comite de Historias Clinicas
---------------------------	-----------------	--------------------------------------

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: M-GH-G-012
		Versión: 2
		Fecha de elaboración: Dic/2013
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 4 de 6

<b>Nombre del Documento:</b>	Guía de Pielonefritis	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-----------------------	-------------------------------	------------------------

infectar el tracto urinario superior. En general la etiología puede variar de acuerdo con las características de los pacientes y sus factores de riesgo. Los pacientes con antecedentes de antibiótico previos se infectan por enterobacterias multiresistentes, Pseudomona aeruginosa, Enterococcus spp y Cándida ssp. Los pacientes con antecedentes de cirugía por Staphylococcus aureus y Epidermidis, Morganella sssp y Providencia ssp y bacilos gramnegativos. En ancianos, pacientes con sondas y antecedentes de litiasis es frecuente la presencia de Proteus.

### FACTORES DE RIESGO



Los factores de riesgo asociados más relevantes son la coexistencia de patología urológica como litiasis y reflujo vesicouretral, vejiga neorogénica y/o con alteraciones anatómicas o funcionales. La litiasis predispone a pielonefritis.

### FISIOPATOLOGIA




La Pielonefritis aguda es causada en 80% de casos por la Escherichia coli uropatógena caracterizada por tener determinantes específicos de virulencia que le permiten infectar el tracto urinario superior. En general la etiología puede variar de acuerdo con las características de los pacientes y sus factores de riesgo. Los pacientes con antecedentes de antibiótico previos se infectan por enterobacterias multiresistentes, Pseudomona aeruginosa, Enterococcus spp y Cándida ssp. Los pacientes con antecedentes de cirugía por Staphylococcus aureus y Epidermidis, Morganella sssp y Providencia ssp y bacilos gramnegativos. En ancianos, pacientes con sondas y antecedentes de litiasis es frecuente la presencia de Proteus.

### SINTOMAS




La Pielonefritis aguda tiene un espectro clínico que oscila desde manifestaciones de un proceso localizado hasta cuadros de sépsis y shock séptico. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son fiebre, escalofrío, dolor lumbar y síntomas urinarios bajos como disuria o polaquiuria. En pacientes inmunodeprimidos, diabéticos o ancianos suele tener un inicio insidioso, requiriendo la agudeza del clínico para sospechar su instauración. El curso clínico puede ser controlado con cinco días de manejo adecuado; la persistencia o el deterioro clínico obliga a pensar en microorganismo resistentes al tratamiento, absceso renal, patología obstructiva, pielonefritis enfisematosa, nefritis focal difusa, necrosis papilar.

Elaboró: Auditoria Medica	Revisó: Calidad	Aprobó: Comite de Historias Clinicas
---------------------------	-----------------	--------------------------------------

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: M-GH-G-012
		Versión: 2
		Fecha de elaboración: Dic/2013
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 5 de 6

<b>Nombre del Documento:</b>	Guía de Pielonefritis	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-----------------------	-------------------------------	------------------------

**DIAGNOSTICO**

Las siguientes son las características más relevantes:

**Sedimento Urinario:**

Piuria: Detección de más de 10 leucocitos por mm<sup>3</sup> de orina no centrifugada o más de 5 leucocitos por campo en orina centrifugada. La ausencia de leucocitos en la orina no descarta un proceso infeccioso en uropatía obstructiva o neutropenia. Otras anomalías como litiasis, TBC renal o nefritis pueden causar leucocituria sin que el hallazgo implique inflamación secundaria.


Nitritos: Tiene una especificidad mayor del 90% pero una sensibilidad de apenas el 50%.

**Tinción de Gram**: Indicado en pacientes especiales cuando el cuadro clínico no es florido y se desea establecer si la flora implicada es gram positiva.

**Urocultivo**: Es positivo con más de 100.000 unidades formadoras de colonias. La muestra por sonda debe limitarse al máximo. El urocultivo puede tener recuentos bajos o ser negativo y ya ha recibido antibióticos recientemente.

Hemocultivos: Se solicitan en pielonefritis complicada que requieran hospitalización y son positivos en 20-30% de pacientes.

**TRATAMIENTO**





**Pacientes que requieren Hospitalización**: Signos de respuesta inflamatoria sistémica, sépsis severa o shock séptico, pacientes con vómito, deshidratación y signos de hipovolemia, sospecha clínica de complicación local: dolor lumbar intenso, hematuria franca, masa renal o insuficiencia renal aguda. Pacientes con condiciones especiales como edad avanzada, diabetes, falla renal, cirrosis, neoplasias, trasplante, inmunosupresión, pacientes que no se estabilizan en 6 horas de manejo.

El tratamiento se realiza por vía parenteral: Aminoglucósido (Gentamicina 3-5mg/kg/día o Amikacina 15mg/kg/día) asociado con Ampicilina (150-200mg/kg cada 6 horas) o segunda elección Ciprofloxacina amp (200-400mg cada 12 horas) o Cefalosporina de amplio espectro (ceftriazona 1-2gr cada 24 horas o Cefotaxime 1-2 mg cada 8 horas) con o sin aminoglucósido.

Elaboró: Auditoria Medica	Revisó: Calidad	Aprobó: Comite de Historias Clinicas
---------------------------	-----------------	--------------------------------------

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: M-GH-G-012
		Versión: 2
		Fecha de elaboración: Dic/2013
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 6 de 6

<b>Nombre del Documento:</b>	Guía de Pielonefritis	<b>Unidad Administrativa:</b>	Subgerencia Científica
------------------------------	-----------------------	-------------------------------	------------------------

**Pacientes con riesgo de infección por microorganismos resistentes:** Tales como enterobacterias multiresistentes, P aeruginosa o Enterococcus spp, en pacientes con manejo reciente con antibióticos de amplio espectro o curso de antibióticos prolongado, cirugía o manipulación urológica asociado a consumo de antibióticos, sonda uretral permanente o patologías subyacentes como diabetes, falla renal aguda, cirrosis, neoplasias, inmunosupresión, trasplante. Ante sospecha el paciente debe ser remitido a institución de mayor complejidad.

**Pielonefritis sin factores de riesgo y sin criterios de hospitalización:** En el servicio de urgencias iniciar monodosis de Ciprofloxacina o cefalosporina de amplio espectro (ceftriazona o Fefotaxime), observación por 6 horas y si hay estabilidad clínica y tolerancia a la vía oral se continúa terapia ambulatoria oral con ciprofloxacina 500mg cada 12 horas.

#### COMPLICACIONES



Si no se trata adecuadamente, la infección puede causar complicaciones tales como:

- Daño renal permanente
- Septicemia

#### EDUCACION AL USUARIO Y SU FAMILIA



Realizar el tratamiento conforme a las indicaciones médicas del aquí establecidas. Incrementar el consumo de líquidos. Reconsultar si persiste o vuelve a aparecer la sintomatología.

#### BIBLIOGRAFIA



- Guía del Ministerio de protección Social 2013.

#### ANEXOS

Elaboró: Auditoria Medica	Revisó: Calidad	Aprobó: Comite de Historias Clinicas
---------------------------	-----------------	--------------------------------------