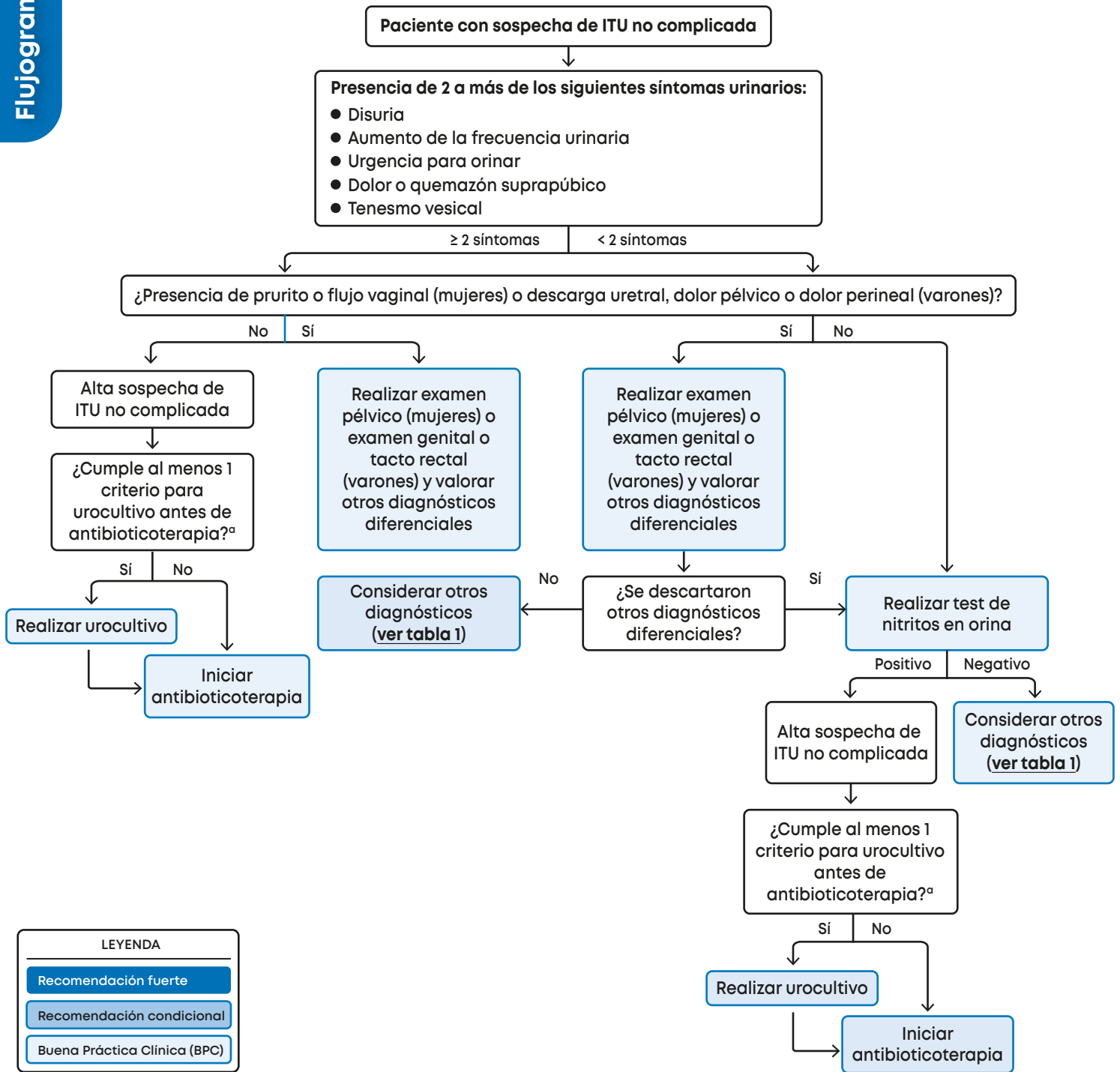


Diagnóstico de infección del tracto urinario no complicada



MENSAJES CLAVES / NOTAS ACLARATORIAS

^aCriterios para solicitar urocultivo antes de antibioticoterapia:

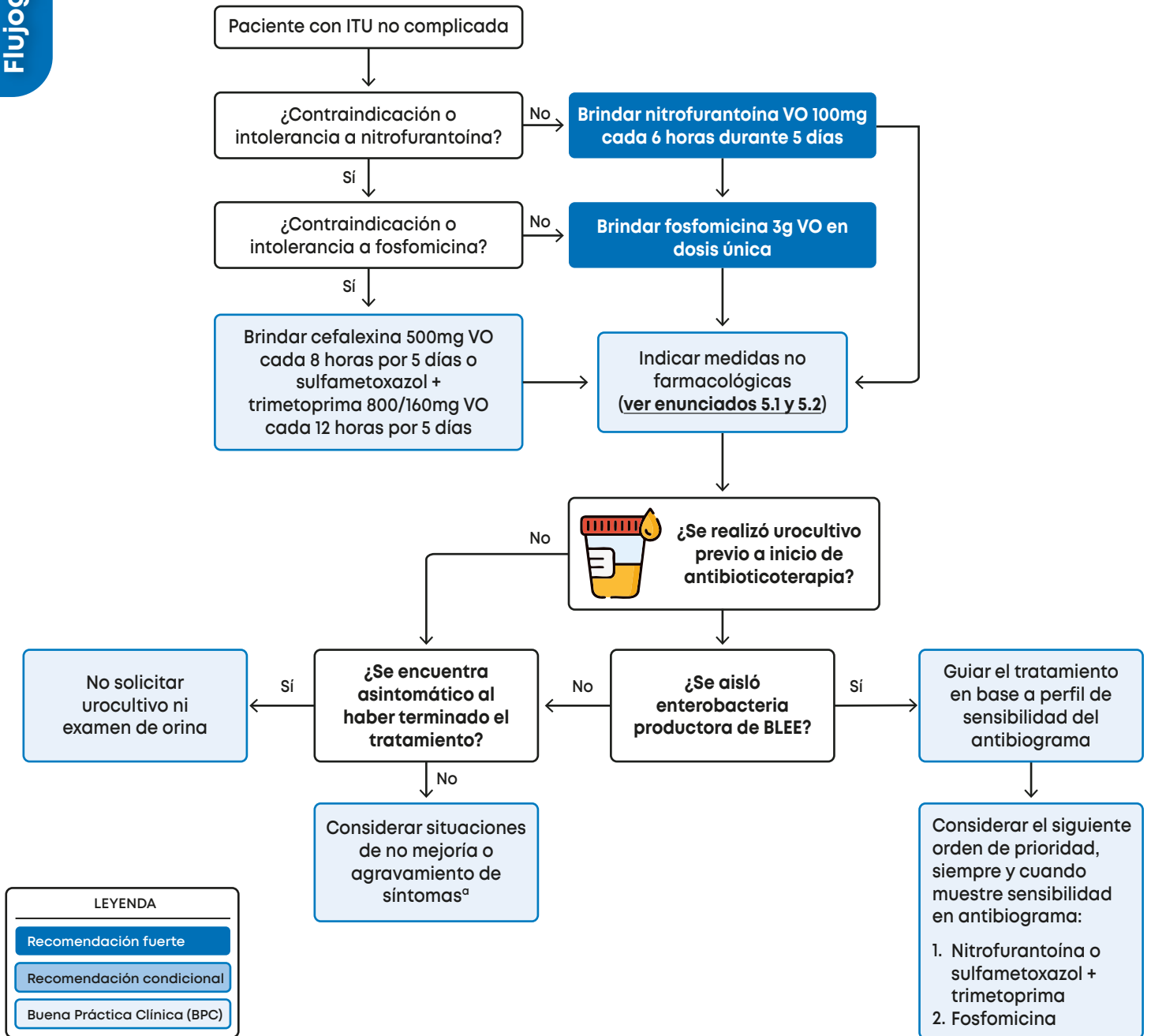
- Sexo masculino
- Haber presentado en los últimos 3 meses:
 - Una ITU, ya sea complicada o no
 - Un aislado urinario de una bacteria resistente a múltiples fármacos.
 - Estancia hospitalaria en un centro de atención médica (por ejemplo, hospital, hogar de ancianos, centro de cuidados agudos a largo plazo).
 - Uso de una fluoroquinolona, sulfametoxazol + trimetoprima o betalactámico de amplio espectro (p. ej., cefalosporina de tercera generación o posterior) por un tiempo de al menos 7 días.
- Anormalidad anatómica urinaria
- Inmunodepresión
- Diabetes mellitus mal controlada (definida como aquellos pacientes que no alcanzan las metas terapéuticas establecidas en la GPC de DM2)

Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación

Guía de Práctica Clínica para el Manejo de la Infección del Tracto Urinario No Complicada. Guía en versión corta. Lima: EsSalud; 2025.

Disponible en: <https://ietsi.essalud.gob.pe/gpc-guias-de-practica-clinica/>

Tratamiento de infección del tracto urinario no complicada



MENSAJES CLAVES / NOTAS ACLARATORIAS

^aSituaciones de no mejoría o agravamiento de síntomas:

- Si los síntomas no mejoran dentro de los 3 días posteriores al inicio de la antibioticoterapia, o reaparecen en 2 semanas luego de haber resuelto los síntomas; se deben realizar cultivos de orina con pruebas de sensibilidad antimicrobiana y exámenes auxiliares adicionales según criterio clínico.
- Revalorar diagnósticos diferenciales como uretritis, vaginitis, enfermedad inflamatoria pélvica, prostatitis, hiperplasia prostática benigna, o complicaciones como pielonefritis o cistitis hemorrágica o enfisematosa, considerando referir a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive.
- Considerar evaluación por Urología en:
 - Varones con falta de respuesta al tratamiento inicial, episodios recurrentes de ITU (≥ 2 episodios en menos de 6 meses o ≥ 3 episodios en menos de 12 meses), sospecha de causa subyacente o factores de riesgo para ITU complicada (obstrucción vesical, o antecedentes de pielonefritis, cálculos urinarios o cirugía previa del tracto genitourinario), edad menor de 50 años con hematuria microscópica persistente con función renal normal
 - Mujeres con antecedente de malignidad abdominopélvica, antecedente de cirugía del tracto genitourinario o cirugía por prolapso de órgano pélvico, o persistencia de síntomas a pesar de uso de antibiótico con sensibilidad según resultados de urocultivo.
- Considerar referir por Emergencia ante sospecha de sepsis: fiebre, confusión, taquicardia, taquipnea, hipotensión, náuseas o vómitos intensos.

Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación

Guía de Práctica Clínica para el Manejo de la Infección del Tracto Urinario No Complicada. Guía en versión corta. Lima: EsSalud; 2025.

Disponibles en: <https://ietsi.essalud.gob.pe/gpc-guias-de-practica-clinica/>

Tabla 1 - Diagnósticos diferenciales de ITU no complicada

<p>Vaginitis</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Puede asociarse con disuria ● Puede presentarse con flujo vaginal, mal olor o prurito genital. ● El aumento de la frecuencia o urgencia urinaria generalmente están ausentes. ● La piuria y bacteriuria suelen estar ausentes en los estudios de orina de una muestra adecuadamente recolectada. 	<p>Cáncer de próstata</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Síntomas obstructivos urinarios: chorro urinario débil, dificultad para iniciar la micción, intermitencia del chorro urinario. ● Síntomas irritativos urinarios en fases iniciales o avanzadas. ● Dolor óseo en enfermedad metastásica. ● El tacto rectal puede mostrar una próstata dura o irregular. ● La piuria y bacteriuria suelen estar ausentes.
<p>Enfermedad inflamatoria pélvica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Puede asociarse con disuria. ● Puede presentarse con dolor abdominal o pélvico inferior. ● Sugerido por la sensibilidad uterina y/o anexial en el examen pélvico; puede haber secreción endocervical mucopurulenta. ● La bacteriuria suele estar ausente en el análisis de orina o en el urocultivo. 	<p>Vejiga hiperactiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Urgencia urinaria como síntoma predominante. ● Aumento de la frecuencia urinaria, con o sin incontinencia de urgencia. ● Generalmente no se asocia a disuria infecciosa. ● La piuria y la bacteriuria suelen estar ausentes en los estudios de orina.
<p>Prolapso de órgano pélvico</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Sensación de peso o bulto vaginal. ● Síntomas urinarios bajos: dificultad para iniciar micción, sensación de vaciado incompleto. ● Puede asociarse con incontinencia urinaria o retención urinaria. ● La disuria infecciosa suele estar ausente. ● La piuria y bacteriuria generalmente están ausentes. 	<p>Cuerpo extraño en vejiga</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Puede presentarse con disuria, urgencia o frecuencia urinaria. ● Hematuria macroscópica o microscópica puede estar presente. ● Dolor suprapúbico o sensación de vaciado incompleto. ● Pueden coexistir infecciones urinarias recurrentes. ● La piuria y bacteriuria pueden estar presentes de forma secundaria.
<p>Embarazo ectópico</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Dolor abdominal o pélvico, unilateral o difuso. ● Puede asociarse con sangrado vaginal. ● Náuseas, mareos o síncope en casos complicados. ● La disuria no es un síntoma principal. ● Los estudios de orina no muestran piuria ni bacteriuria asociadas 	<p>Cistitis intersticial / síndrome de vejiga dolorosa</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Dolor suprapúbico o pélvico crónico, relacionado con el llenado vesical. ● Alivio parcial del dolor tras la micción. ● Frecuencia y urgencia urinaria persistentes. ● Generalmente no se asocia a fiebre. ● La piuria y la bacteriuria suelen estar ausentes
<p>Prostatitis bacteriana</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Se presenta con los mismos síntomas que la cistitis. ● La prostatitis aguda se asocia con fiebre y signos de enfermedad sistémica. ● También asociado con dolor pélvico o perineal. ● El tacto rectal muestra sensibilidad en la próstata. ● La piuria y bacteriuria están comúnmente presentes en los estudios de orina. 	<p>Divertículo uretral</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Disuria y síntomas urinarios bajos recurrentes. ● Goteo postmiccional. ● Sensación de masa en la pared vaginal anterior (en mujeres). ● Infecciones urinarias recurrentes. ● La piuria y bacteriuria pueden estar presentes de forma intermitente.
<p>Hiperplasia prostática benigna</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Puede asociarse con síntomas irritativos del tracto urinario inferior (frecuencia, urgencia, nicturia, incontinencia) y síntomas miccionales (chorro urinario débil, dificultad para iniciar la micción, goteo terminal). ● El tacto rectal muestra una próstata agrandada y no dolorosa. ● La piuria y la bacteriuria suelen estar ausentes en los estudios de orina. 	<p>Cáncer de vejiga</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Hematuria macroscópica indolora como síntoma más frecuente. ● Puede asociarse con síntomas irritativos urinarios (frecuencia, urgencia). ● Dolor suprapúbico en estadios avanzados. ● La piuria puede estar presente; la bacteriuria no es constante.
<p>Uretritis</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● La disuria suele ser el síntoma principal. ● Secreción uretral o prurito ocurren de manera variable. ● La piuria puede estar presente en el análisis de orina. ● La bacteriuria suele estar ausente en el análisis de orina o en el urocultivo ● Considerar en individuos sexualmente activos con disuria que no responden al tratamiento de cistitis. 	<p>Tuberculosis renal</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Síntomas urinarios bajos de curso crónico o recurrente (disuria, frecuencia). ● Hematuria microscópica o macroscópica persistente. ● Dolor lumbar sordo en algunos casos. ● Piuria estéril (leucocituria con urocultivos bacterianos negativos). ● Falta de respuesta a antibioticoterapia habitual para ITU. ● Puede coexistir con antecedentes o factores de riesgo para tuberculosis.
<p>Epididimitis aguda</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Puede asociarse con disuria y síntomas urinarios bajos. ● Dolor testicular unilateral, de inicio agudo o subagudo. ● Aumento de volumen y sensibilidad del epidídimo y/o testículo. ● Puede acompañarse de fiebre y malestar general. ● La piuria puede estar presente; la bacteriuria es variable según etiología. 	<p>Tuberculosis vesical</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Síntomas irritativos urinarios bajos persistentes: urgencia, frecuencia, disuria. ● Dolor suprapúbico crónico. ● Disminución progresiva de la capacidad vesical en fases avanzadas. ● Urocultivos bacterianos negativos pese a síntomas persistentes. ● Ausencia de fiebre. ● Falta de respuesta a antibioticoterapia habitual para ITU. ● Puede coexistir con antecedentes o factores de riesgo para tuberculosis.

Fuente: Adaptado de BMJ Best Practice: Urinary tract infections in women, Londres, 2025 (1), BMJ Best Practice: Urinary tract infections in men, Londres, 2025 (2), DynaMed®, acceso diciembre 2025 y UpToDate®, acceso noviembre 2025. Nota: Listado referencial y no exhaustivo.