



Mi Universidad

NOMBRE DE LA MATERIA:

ENFERMERIA GERONTOGERIATRICA

NOMBRE DEL TRABAJO:

MANEJO DE ANTIBIÓTICOS

NOMBRE DEL DOCENTE:

MARCOS JHODANY ARGUELLO GALVEZ

NOMBRE DEL ALUMNO (A):

ZURISADAI SOLIS BONIFAZ

LIC.ENFERMERIA

6TO CUATRIMESTRE

3. Prostatitis bacteriana aguda

- Iniciar con antibióticos orales si el paciente está estable:
 - Ciprofloxacina 500 mg cada 12 h por 14-28 días
 - TMP-SMX 160/800 mg cada 12 h por 14-28 días

4. Epididimitis

- En menores de 35 años (ETS probable):
 - Ceftriaxona 500 mg IM dosis única + doxiciclina 100 mg c/12 h por 10 días
- En mayores de 35 años o con factores de riesgo urológicos:
 - Ciprofloxacina 500 mg c/12 h por 10-14 días

2. Uretritis (de transmisión sexual)

- ♦ Gonocócica (*Neisseria gonorrhoeae*)
- Ceftriaxona 500 mg IM en dosis única
 - Doxiciclina 100 mg cada 12 h por 7 días (para cubrir coinfección por *Chlamydia*)

PATOLOGÍAS FRECUENTES DEL SISTEMA GENITOURINARIO

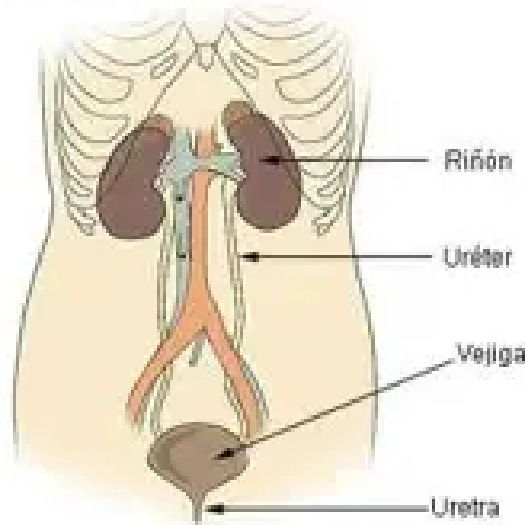
1. Infección del tracto urinario (ITU)

- ♦ Cistitis no complicada (mujer joven, no gestante)
- Antibióticos de primera línea:
 - Nitrofurantoína 100 mg cada 12 h por 5 días
 - Fosfomicina trometamol 3 g dosis única
 - Trimetoprim-sulfametoxazol (TMP-SMX) 160/800 mg cada 12 h por 3 días (si hay baja resistencia local)

5. Infecciones urinarias complicadas (obstrucción, litiasis, sondas, hombres, embarazadas)

- Requieren cultivo y ajuste según sensibilidad.
- Antibióticos empíricos iniciales (según gravedad):
 - Ceftriaxona, cefepime, piperacilina-tazobactam, o meropenem (en casos graves)
 - Duración: 7-14 días dependiendo de la causa y respuesta

Componentes del Sistema Urinario



INFECCIONES DEL
TRACTO URINARIO

1. CISTITIS AGUDA NO COMPLICADA

RECURRENTE EN MUJERES JÓVENES SANAS, SIN
ANOMALÍAS UROLÓGICAS NI EMBARAZO.

2. Cistitis complicada

Pacientes con sonda vesical, anomalías
anatómicas, hombres, diabéticos,
ancianos

3. Pielonefritis aguda no complicada
Infección del riñón con fiebre, dolor
lumbar, síntomas urinarios y a veces
náuseas.

4. Infección urinaria en el embarazo

- Infección asintomática o cistitis deben
tratarse siempre para evitar
complicaciones.

5. Infección urinaria en hombres
Siempre se considera complicada.

• Opciones:

- Ciprofloxacino 500 mg c/12 h VO x 10-14
días
- Levofloxacino 500-750 mg/día VO
- TMP-SMX 160/800 mg c/12 h VO



La incontinencia urinaria (IU) ha sido definida por la Sociedad Internacional de Incontinencia como la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, objetivamente demostrable y que constituye, para la persona que lo sufre, un problema social e higiénico

- Usan sondas urinarias (catéteres permanentes o intermitentes).
- Tienen residuo postmiccional elevado (retención de orina).
- Presentan vejiga neurogénica o disfunción del vaciamiento vesical.

La IU es un síntoma que afecta a todos los grupos de población, a todas las edades y a ambos sexos. A pesar del considerable impacto sobre la calidad de vida de las personas que la padecen², tan sólo un 20% de los afectados busca ayuda médica³, lo que puede conducir a subestimar su prevalencia; de ahí las grandes diferencias que existen según diferentes autores (6-72%)

INCONTINENCIA URINARIA.

LA INCONTINENCIA URINARIA EN SÍ MISMA NO SE TRATA CON ANTIBIÓTICOS, YA QUE NO ES UNA INFECCIÓN, SINO UN TRASTORNO DEL CONTROL DE LA VEJIGA QUE PROVOCA LA PÉRDIDA INVOLUNTARIA DE ORINA.

SIN EMBARGO, ALGUNAS PERSONAS CON INCONTINENCIA PUEDEN DESARROLLAR INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO (ITU)

Incontinencia Urinaria



El sistema urinario está regulado por el sistema nervioso vegetativo. Al sistema nervioso parasimpático (núcleo en S2-S4) pertenecen los nervios pélvicos, a través de los cuales transcurren fibras nerviosas sensitivas que detectan el grado de distensión de la pared vesical y uretra posterior, y fibras nerviosas motrices que contraen el detrusor mediante la estimulación que ejerce la acetilcolina en los receptores muscarínicos

3. Recomendaciones prácticas

- Solicitar siempre función renal (creatinina, TFG) antes de iniciar antibiótico.
- Usar calculadoras de ajuste de dosis según TFG o CrCl.
- En pacientes en diálisis:

Consejos de enfermería y monitoreo

- Monitorear signos de toxicidad (neurotoxicidad, náuseas, alteración del estado mental).
- Vigilar niveles plasmáticos de fármacos cuando esté indicado (vancomicina, gentamicina).
- Mantener adecuada hidratación (si el paciente no está restringido).

2. Antibióticos comunes y su ajuste en IRC

1. EVALUAR EL GRADO DE INSUFICIENCIA RENAL SE UTILIZA LA TASA DE FILTRACIÓN GLOMERULAR (TFG) O EL CLEARANCE DE CREATININA (CRCL).

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.

Etapas de la Enfermedad Renal

La enfermedad renal tiene 5 etapas; siendo la primera la más grave y la quinta una enfermedad crónica terminal.

La Tasa de Filtrado Glomerular (TFG) indica la rapidez de la eliminación renal y se mide en mL/min.



2. Antibióticos de uso común en IRA y ajustes necesarios

3. Situaciones clínicas frecuentes y su enfoque antibiótico

- ♦ IRA por sepsis u origen infeccioso
- Iniciar antibióticos empíricos rápidamente (ej. ceftriaxona, piperacilina-tazobactam, meropenem).
- Ajustar la dosis una vez conocida la función renal.

Antibióticos que se deben evitar o usar con extremo cuidado en IRA:

Antibiótico Motivo
Aminoglucósidos

Muy nefrotóxicos; usar solo si es vital
Vancomicina (sin control de niveles)

Riesgo de sobredosis y toxicidad renal
TMP-SMX

Puede empeorar la IRA y causar
hiperpotasemia

Nitrofurantoína
Ineficaz en IRA, toxicidad
pulmonar/neurológica

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA



1. PRINCIPIOS GENERALES DEL MANEJO

NO TODOS LOS CASOS DE IRA REQUIEREN

ANTIBIÓTICOS. USARLOS SOLO SI HAY EVIDENCIA DE
INFECCIÓN.

CALCULAR EL ACLARAMIENTO DE CREATININA O TFG
PARA AJUSTAR DOSIS.

