

El caso clínico más difícil de las infecciones urinarias

Curso práctico para mejorar el uso de los antimicrobianos en los principales síndromes infecciosos en el ámbito hospitalario. R1. 2026

Dra. Cristina Tomás Jiménez (Médico de Enfermedades Infecciosas,
Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia)

8 de octubre de 2026

(+) iras proa^{SMS}

Reglas de la sesión.

- 1 Presentaremos 3 casos clínicos consecutivos.**
- 2 Ningún desenlace será desvelado inicialmente.**
- 3 Evalúa la información tal y como llega**
- 4 Se plantearán preguntas abiertas: preparad el micrófono y el chat.**

Perfil del Paciente



+ Varón de 95 años.



+ Deterioro cognitivo de larga evolución.



+ Incontinencia urinaria crónica (no usa absorbentes habitualmente).

Vía de llegada

El hijo (trabajador del hospital) contacta con Hospitalización a Domicilio (HAD) para valorar ingreso y antibioterapia IV.

Motivo de la prueba

Urocultivo solicitado en AP tras "mayor desorientación y síndrome confusional fluctuante".

Hallazgo

E. coli BLEE en orina.

Estado clínico actual (HAD)

Afebril, hemodinámicamente estable. Colaborador, sin alucinaciones actuales.

**Ausencia total de
síntomas urinarios focales**

¿Por qué se solicitó el urocultivo
en Atención Primaria?

Desorientación fluctuante

Inercia histórica: El familiar refiere que, desde hace años, **relacionan históricamente cualquier fluctuación del nivel de conciencia** con posibles infecciones urinarias. No hay fiebre ni focalidad.

El Cultivo - Alarma

E. coli BLEE (+).

Cascada antibiótica agotada.

Presión familiar.

El Paciente - Realidad

Estable, tranquilo, colaborador.

Sin fiebre.

Sin disuria, polaquiuria ni dolor lumbar.

Sin cambios en el patrón urinario.

¿Tiene una ITU? ¿Tratarías este cultivo?



¿Qué conducta adoptarías desde Hospitalización a Domicilio ante este aislamiento de *E. coli* BLEE en orina?

A

**Ingreso en HAD
para Ceftriaxona
o Ertapenem IV.**

*(Tratar el aislamiento
resistente).*

B

**Fosfomicina oral
de rescate.**

*(Evitar la vía IV pero
cubrir empíricamente).*

C

**Alta de HAD sin
antibiótico.**

*(Priorizar la estabilidad
clínica sobre el cultivo).*

Perfil del Paciente

- Varón, 89 años.
- Encamado, dependencia total, uso de pañales.
- Deterioro cognitivo (GDS 3), episodios de agitación.

Circuito y Llegada

Derivado desde AP a Urgencias por urocultivo positivo a *E. faecium* (>100.000 UFC/mL, sensible solo a linezolid).

En Urgencias inician Linezolid IV (3 dosis).

Giro clínico: Se objetiva un hematoma muscular masivo tras un traumatismo leve/transporte en paciente anticoagulado. **Ingresa en Medicina Interna por este motivo.**

**¿Por qué se solicitó el urocultivo
en Atención Primaria?**

**Control rutinario /
Somnolencia inespecífica.**

**Paciente pasa gran parte del día durmiendo y
con escasa ingesta. Negativa absoluta a
síntomatología miccional focal.**

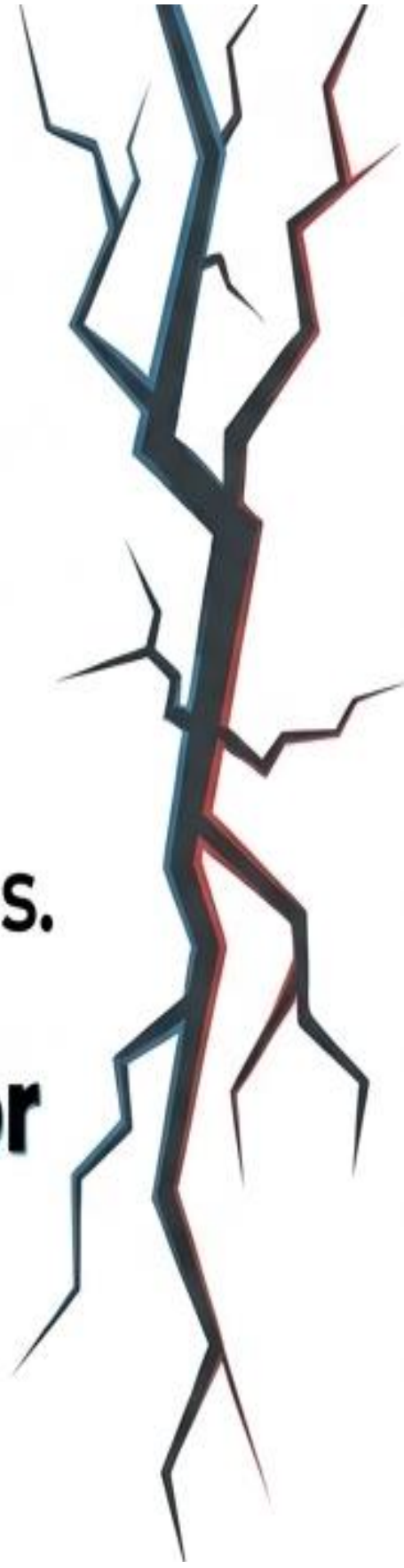
LA VERDAD MÉDICA

Microbiología: Enterococcus faecium >100.000 UFC/mL.

Clínica: Asintomático.

Acción: Linezolid IV (3 dosis) iniciado por reflejo en Urgencias.

SUSPENDIDO en planta por Infecciosas al constatar ausencia de clínica.

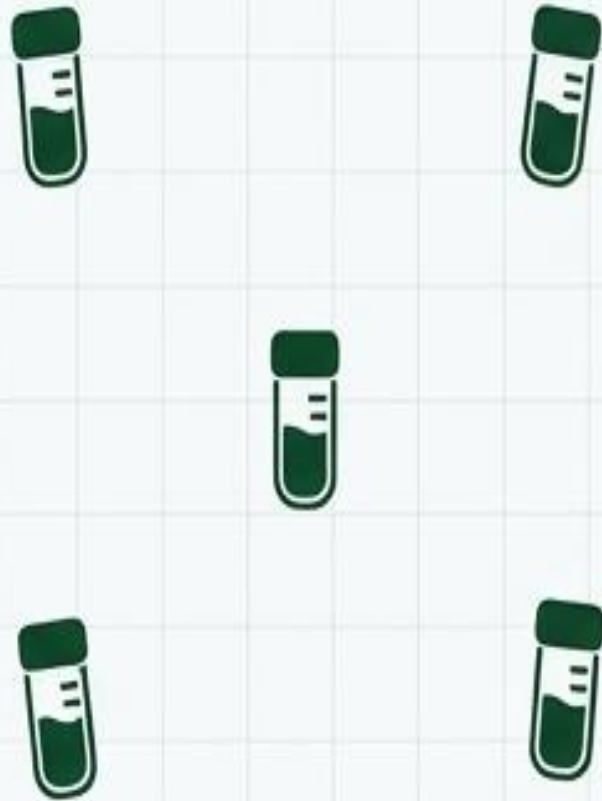


LA NARRATIVA FAMILIAR

Conflicto: Rechazo frontal al alta médica.

“Siempre que cambia el olor de la orina se le ha tratado con antibiótico. No me lo llevo a casa con la bacteria.”

27 Urocultivos Acumulados

2023	2024	2025	2026
	 (Inicia aparición de <i>E. faecalis</i>)	 (Fosfomicina, Ciprofloxacino, Nitrofurantoína crónica)	 (Cefixima, Levofloxacino)

Evolución del patógeno: *E. faecalis* multiesquema evoluciona a *E. faecium* (resistente a ampicilina/ciprofloxacino, sensible solo a linezolid).

EL ESCENARIO:

El paciente está clínicamente de alta. La familia se niega tajantemente a llevarlo a casa si no se trata la bacteria.

PREGUNTA:

¿Qué harías tú, a las 14:00h de un viernes en la planta, frente a esta familia?

A

**Ceder y pautar
linezolid oral al alta.**

*("Para que la familia se
quede tranquila y evitar
problemas legales").*

B

**Mantener el ingreso
hospitalario de
forma indefinida.**

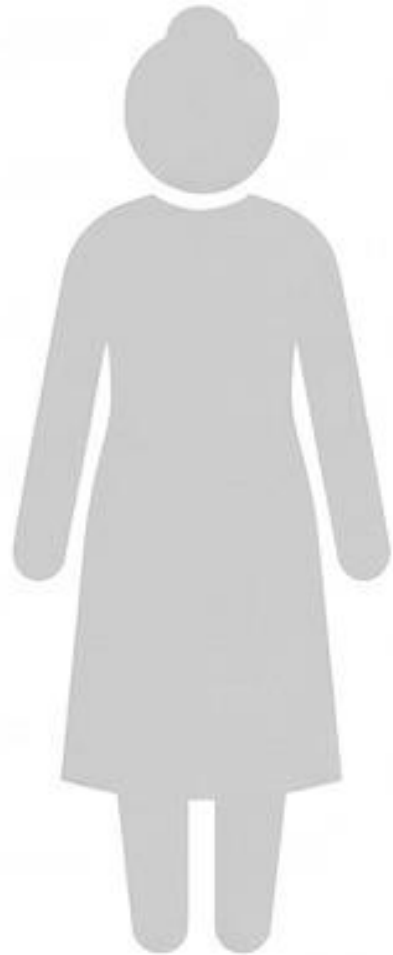
*("Hasta que la familia
cambie de opinión").*

C

**Solicitar interconsulta
a Infecciosas/PROA
para entrevista
estructurada.**

*("Afrontar el conflicto
explicando colonización vs
infección").*

PERFIL DEL PACIENTE



- **Mujer, 87 años.**
- **Enfermedad de Alzheimer
Alzheimer
avanzada (GDS
6), dependencia
completa.**

CIRCUITO & ESTADO

LLEGADA

Acude a AP por estar "algo más apagada". Tira de orina con nitritos positivos. Derivada a Urgencias. **Tiene el ingreso en planta firmado** a cargo de Infecciosas.

MOTIVO DEL CULTIVO/TIRA

Petición familiar sin síntomas urinarios locales.

SITUACIÓN ACTUAL (Evaluada en Preingreso a las 2h)
En su estado basal habitual, afebril.



**¿Por qué se solicitó la tira
de orina/cultivo?**

**Petición familiar por estar
“algo más apagada”.**

**Ausencia absoluta de fiebre o
síntomas urinarios focales.**

2026: La Escalada de la Resistencia

+ Dato Clave: Escalada sistemática de 2 a 3 pautas antibióticas al mes.

Enero-Marzo P. mirabilis + E. coli



(Cefuroxima, Amoxi/clav, Fosfomicina, Nitrofurantoína)

Abril-Junio

E. coli BLEE



(Cotrimoxazol continuo, Cefuroxima, Amoxi/clav)

Julio-Agosto

P. aeruginosa



(Ciprofloxacino, Fosfomicina semanal)

Septiembre

Proteus BLEE



(Cefuroxima)

[Tiene el ingreso firmado por Urgencias y nitritos positivos.
¿Confirmas la cama en planta o la das de alta desde Preingreso?]

A

Confirmar el ingreso e iniciar Ertapenem empírico.

(Respetar la decisión de Urgencias y cubrir el historial BLEE/Pseudomonas).

B

Repetir el urocultivo y mantenerla ingresada a la espera de resultados.

(Actitud expectante intrahospitalaria).

C

Dialogar con la hija y dar alta inmediata sin antibiótico.

(Revertir el ingreso a las 2 horas asumiendo responsabilidad plena).

Última votación de la sesión. ¿Quién se atreve a revertir un ingreso?

Los Desenlaces y su Porqué Clínico

**ALTA SIN
ANTIBIÓTICO**

- + **Decisión:** Alta de HAD sin antibiótico.
- + **Porqué:** Estabilidad clínica y ausencia de síntomas urinarios. Tratar *E. coli* BLEE en orina sin clínica no aporta ningún beneficio al paciente y garantiza una mayor selección de resistencias.

**ALTA SIN
ANTIBIÓTICO**

- + **Decisión:** Alta hospitalaria sin antibiótico tras entrevista.
- + **Porqué:** El *E. faecium* representa colonización, no infección. El ingreso estaba justificado por el hematoma (iatrogenia). Explicar este concepto resolvió el conflicto familiar.

**ALTA SIN
ANTIBIÓTICO**

- + **Decisión:** Alta inmediata a las 2 horas.
- + **Porqué:** Reactantes normales, estado basal habitual. Freno radical a la espiral para evitar **mayor daño por multirresistencia.**

LA MATRIZ DIAGNÓSTICA

	Caso 1 (Varón 95a)	Caso 2 (Varón 89a)	Caso 3 (Mujer 87a)
Microbiología	E. coli BLEE	E. faecium	Multirresistentes (Pseudomonas, BLEE)
Clínica Local Urinaria	Nula	Nula	Nula
El Problema Real	Inercia diagnóstica y cascada terapéutica	Presión familiar y barrera para el alta	Pruebas reflejas y derivación innecesaria

El verdadero diagnóstico de los tres pacientes

BACTERIURIA ASINTOMÁTICA

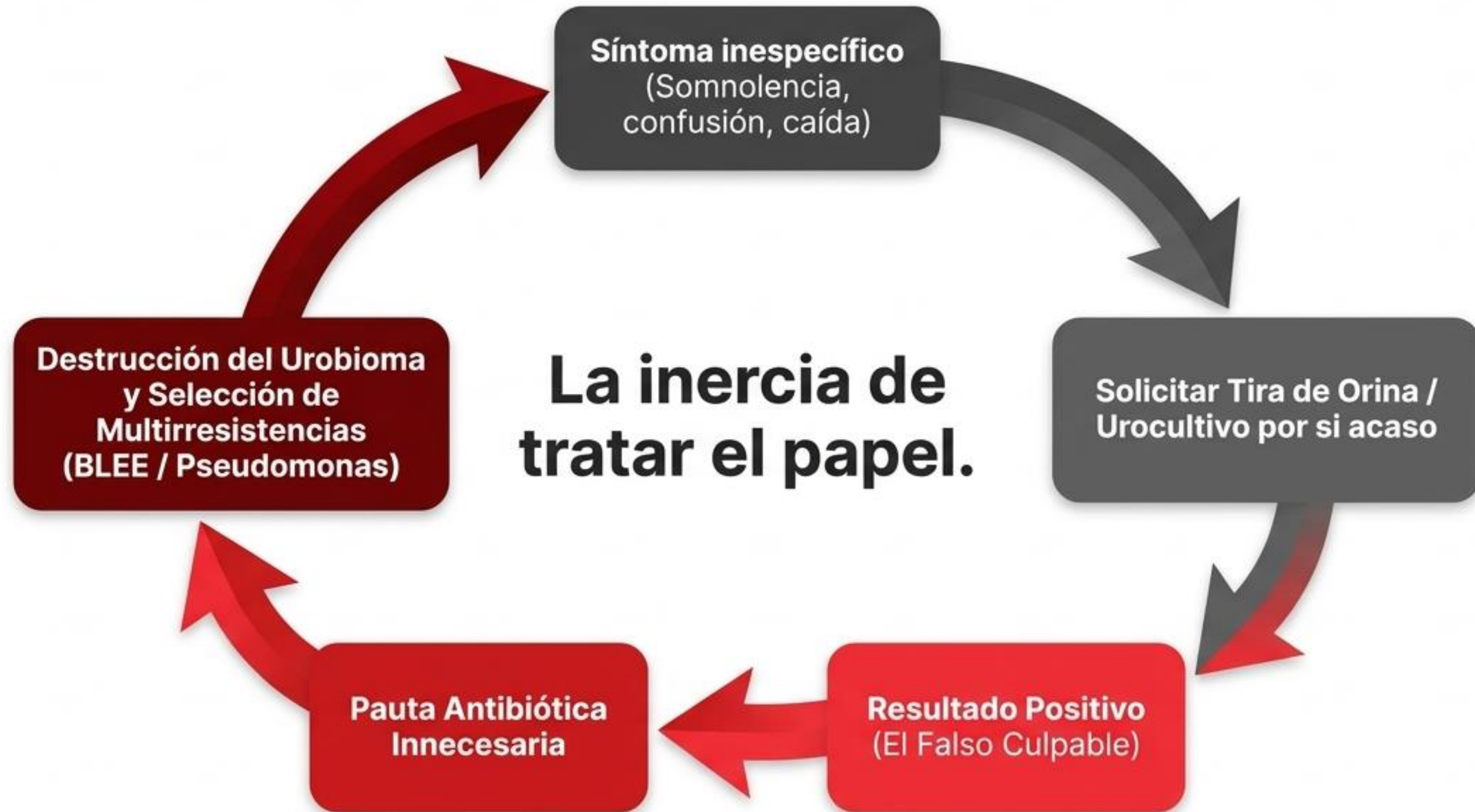
Bacterias en orina



Infección Urinaria (ITU)

El diagnóstico de ITU empieza siempre por la clínica del paciente, NUNCA por el laboratorio.

El Circuito Trampa de la Bacteriuria



Antes de mirar el antibiograma, pregúntate:

¿POR QUÉ SE PIDIÓ ESTE UROCULTIVO?

**✗ Urocultivo
positivo NO
es ITU.**

**✗ Piuria
NO es
ITU.**

**✗ Nitritos
NO son
ITU.**

**✗ Mal olor u
orina turbia
NO son ITU.**

**✗ Somnolencia
aislada NO
es ITU.**

¿Qué comparten realmente estos 3 casos?

Caso 1 (El Sesgo)



Inercia diagnóstica y terapéutica.
Asociar automáticamente “mayor desorientación” a una infección de orina, ignorando la demencia basal.

Caso 2 (El Conflicto)



Presión familiar e inercia histórica al alta.
El miedo a “no hacer nada” cuando el paciente siempre ha sido tratado por hallazgos idénticos.

Caso 3 (El Daño)



Solicitud sistemática de cultivos sin indicación.
Generación de una espiral yatrogénica incontrolable de multirresistencias.

Ancianos con deterioro cognitivo, SIN síntomas urinarios locales, sometidos a un sobrediagnóstico sistemático.

LA INERCIA CLÍNICA: ¿Por qué seguimos prescribiendo?

La Tradición: Siempre se ha hecho así
en esta planta.

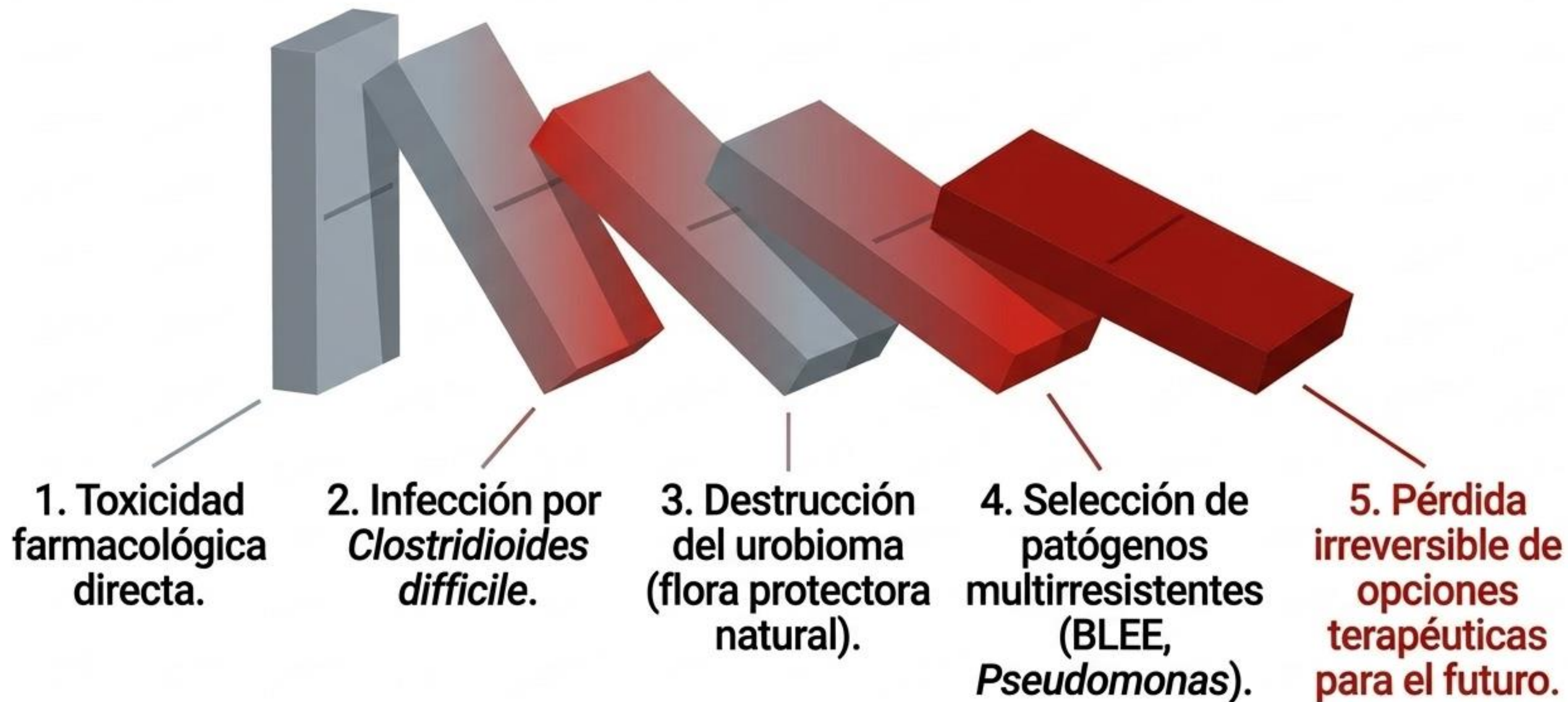
El Miedo: Medicina defensiva ante el
pavor a una sepsis.

La Presión: La exigencia familiar de
arreglar el cultivo.

El Sesgo de Confirmación: Atribuir
falsamente la mejoría espontánea del
paciente al antibiótico pautado.



El precio del por si acaso:



Algoritmo decisional simplificado (R1)

**¿Presenta SÍNTOMAS FOCALES URINARIOS
(disuria, polaquiuria) o SEPSIS SIN FOCO claro?**

NO

**NO pedir tira de orina.
NO pedir urocultivo.
Buscar otra causa al
deterioro.**

SÍ

**Solicitar urocultivo.
Valorar antibioterapia
empírica.**

**Recordatorio: La orina turbia, maloliente o la desorientación
aislada en demencia NO son clínica focal urinaria.**

**El caso clínico más difícil no es curar
una infección multirresistente.
Es tener el valor clínico de no prescribir
cuando el cultivo es positivo.**

(+) iras prod^{SMS}

**“BACTERIURIA ASINTOMÁTICA:
Probablemente el caso de ITU
que más razonamiento, tiempo
y comunicación clínica exige.”**

(+) iras proa^{SMS}