



**Nombre de alumnos: Rafael Alejandro  
Velazco Bermudez**

**Nombre del profesor: Dr. Fernando Romero  
Peralta**

**Nombre del trabajo: Ensayo IVU**

**Materia: Enfermería Médico Qx**

**Grado: 6to Cuatrimestre**

**Grupo: "A"**

Pichucalco Chiapas a 20 de junio del 2020

En las personas sanas, la orina de la vejiga es estéril, no hay en ella bacterias ni otros microorganismos infecciosos. El conducto que lleva la orina desde la vejiga hacia el exterior del cuerpo (uretra) no contiene bacterias o contiene muy pocas, por lo que no es posible que causen infección. Sin embargo, cualquier segmento de las vías urinarias puede infectarse; la infección en cualquier punto a lo largo de las vías urinarias se denomina infección urinaria, por lo general, las infecciones urinarias se clasifican en altas y bajas según el lugar de las vías urinarias donde se producen, aunque a veces a los médicos les resulta difícil e incluso imposible determinar el lugar exacto: IU bajas: infecciones de la vejiga en este caso se le llama cistitis. IU altas: infecciones de los riñones y a esta se le llama pielonefritis. Algunos médicos también consideran que las infecciones de la uretra uretritis y de la próstata prostatitis forman parte de las IU bajas. En los órganos pares (como los riñones) la infección puede producirse en uno o en ambos órganos. Las infecciones urinarias pueden ocurrir tanto en niños como en adultos. Los microorganismos que provocan la infección por lo general entran en las vías urinarias por uno de dos accesos posibles. La puerta de entrada más frecuente es el extremo inferior de las vías urinarias, es decir, la abertura de la uretra en el extremo del pene, en el hombre, o el inicio de la uretra en la vulva, en la mujer. La infección asciende por la uretra hasta la vejiga y, a veces, hasta los riñones, o ambas cosas. La otra vía posible es el torrente sanguíneo, por donde suele llegar a los riñones.

La causa de las infecciones urinarias es casi siempre bacteriana, aunque algunos virus, hongos y parásitos también pueden infectar las vías urinarias. Más del 85% de dichas infecciones están causadas por bacterias procedentes del intestino o de la vagina. Sin embargo, por lo general las bacterias que penetran en las vías urinarias son expulsadas por la acción del chorro de orina al vaciarse la vejiga, las infecciones bacterianas de las vías urinarias bajas, mayoritariamente la vejiga, son muy frecuentes, especialmente en mujeres jóvenes sexualmente activas. Las mujeres jóvenes también suelen sufrir infecciones renales bacterianas, pero con menos frecuencia que las infecciones de vejiga. *Escherichia coli* es la bacteria más frecuente en los casos de IU. En las personas de 20 a 50 años de edad, las

infecciones bacterianas de las vías urinarias son alrededor de cincuenta veces más frecuentes en las mujeres que en los varones. En los hombres, la uretra es más larga, así que es más difícil que las bacterias asciendan lo suficiente para causar una infección. En hombres con edades entre 20 a 50 años aproximadamente, la mayoría de las infecciones urinarias son uretritis o prostatitis. En las personas de más de cincuenta años, las infecciones de las vías urinarias se vuelven más frecuentes, tanto en hombres como en mujeres, con muy poca diferencia entre uno y otro sexo. El diagnóstico de infección no complicada en las vías urinarias se establece con base en los síntomas. Cuando estos son leves o incipientes, durante la consulta conviene efectuar un examen de orina con tira reactiva para detectar nitritos y esterasa leucocitaria. El análisis microscópico del sedimento no aporta mayor evidencia para el diagnóstico de infección en las vías urinarias. En caso de infección en las vías urinarias aislada, no complicada, no se recomiendan el urocultivo ni los estudios de imagen. Éstos solo deben practicarse en pacientes con fiebre que persiste más allá de las 72 horas posteriores al inicio del tratamiento. El urocultivo se recomienda cuando hay sospecha de pielonefritis, síntomas persistentes o que recurren en las primeras 2 a 4 semanas de haber concluido el tratamiento y en caso de síntomas atípicos. El diagnóstico diferencial más importante se efectúa con las infecciones vulvovaginales, donde es común que la paciente confunda la disuria con el ardor vulvar terminal, que produce irritación por la orina en la vulva inflamada. La vejiga hiperactiva es otro de los diagnósticos diferenciales. Es una enfermedad casi siempre idiopática, con síntomas de urgencia, frecuencia e incontinencia urinaria. El primer paso en la detección de un proceso infeccioso en las vías urinarias es el análisis microscópico de la orina. La mayoría de los pacientes, sintomáticos o no, tienen piuria (más de 10 leucocitos por mm<sup>3</sup> en orina del chorro medio) por lo que su sola existencia no es suficiente para considerarla infección. La prueba de tira de esterasa leucocitaria es rápida para detectar piuria con sensibilidad de 75 a 95% y especificidad de 94 a 98%. A pesar de su alta sensibilidad y especificidad para detectar más de 10 leucocitos en orina, a los pacientes con esta prueba negativa, pero síntomas de infección, debe hacerseles un urocultivo.

El tratamiento de la infección urinaria se inicia, como cualquier proceso infeccioso, con base en la sensibilidad para cada antibiótico, la epidemiología local, la seguridad y eficacia demostradas, las posibilidades económicas del paciente y la menor cantidad de tomas al día (a menor cantidad de tomas al día mayor tasa de cumplimiento). , los esquemas sugeridos para la infección primaria de vías urinarias son:

- Levofloxacin 250 mg una vez al día durante 3 días
- Ciprofloxacina 250 mg dos veces al día durante 3 días
- Macrocristales de nitrofurantoína 50 a 100 mg 4 veces al día durante 3 a 5 días
- Fosfomicina trometamina 3 g en dosis única

La mayor parte de las agrupaciones de especialistas en infecciones y urología recomienda prescribir quinolonas (levofloxacin o ciprofloxacina) como fármacos de primera elección en el tratamiento empírico de episodios de infección en las vías urinarias, en áreas geográficas donde la resistencia a trimetoprima-sulfametoxazol sea mayor de 10 a 20%; es importante considerar que en algunas áreas en México la resistencia a la ciprofloxacina es superior a 20%