

Nombre del alumno:

L.E. Yajari Garcia Velázquez

Nombre del profesor:

Lic. Alfonso Velázquez Pérez

Materia:

Enfermería Médico Quirúrgico

Nombre del trabajo:

Cuadro Sinóptico:

“Infecciones Urinarias”

INFECCIONES URINARIAS

INFECCIONES URINARIAS

Es considerada generalmente como la existencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario con o sin presencia de síntomas.

Definición exacta

No solo la presencia de gérmenes en las vías urinarias, sino también su cuantificación en al menos 10⁵ unidades formadoras de colonias (UFC)/mL de orina.

El diagnóstico

De bacteriuria significativa en pacientes cateterizados se hace con valores de 10² UFC/mL.

Clasificadas de diversas formas:

- Alta o baja
- Aguda o crónica
- No complicada o complicada
- Sintomática o asintomática
- Nueva o recurrente
- Comunitaria o nosocomial.

ITU alta.

Presencia de signos y síntomas de ITU baja, asociada a colonización bacteriana a nivel uretral y del parénquima renal, con signos y síntomas sistémicos como, escalofríos, fiebre, dolor lumbar, náuseas y vómitos.

ITU baja

Colonización bacteriana nivel de uretra y vejiga que normalmente se asocia a la presencia de síntomas y signos urinarios, como urgencia, disuria, polaquiuria, turbidez y olor fétido de la orina.

ITU no complicada.

La que ocurre en pacientes que tienen un tracto urinario normal, sin alteraciones funcionales o anatómicas. Estas infecciones son muy frecuentes en mujeres jóvenes con una vida sexual activa.

ITU complicada.

Ocurre debido a factores anatómicos, funcionales o farmacológicos que predisponen al paciente a una infección persistente o recurrente o a fracaso del tratamiento.

INCIDENCIA

La incidencia estimada de ITU en los hombres jóvenes con respecto a las mujeres de la misma edad es significativamente inferior: 5 a 8 infectados por 10 000.

La ITU es una de las infecciones bacterianas más frecuentes de la infancia. A los 7 años, aproximadamente, 8% de las niñas y 2% de los varones han tenido al menos un episodio de ITU.

El riesgo de que la ITU recurra es de 10% a 30%, en los siguientes 6 a 18 meses.

ETIOLOGÍA

El agente etiológico más frecuente de ITU en ambos sexos es la *Escherichia coli*, responsable del 75% a 80% de casos; el 20% a 25% restante incluye microorganismos como: *Staphylococcus saprophyticus*, *Proteus mirabilis*, *Proteus vulgaris*, *Klebsiella sp.*, *Streptococcus faecalis*, *Pseudomonas aeruginosa*.

Durante el embarazo los agentes causante de ITU son los mismos en frecuencia que los hallados en las mujeres no embarazadas; sin embargo, es posible detectar en menor medida *Enterococcus sp*, *Gardnerella vaginalis* y *Ureaplasma urealyticum*.

Los pacientes sondados suelen presentar infecciones polimicrobianas. Hongos, como *Candida* suelen ser encontrados en pacientes diabéticos, inmunosuprimidos o que están recibiendo antibióticos de amplio espectro; más raros y, principalmente, en pacientes inmunodeprimidos pueden ser aislados *Aspergillus* o *Cryptococcus* en orina.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Es diagnosticada por cualquiera de los dos siguientes criterios:

Presencia de uno de los siguientes signos o síntomas:

Fiebre (> 38°C), tenesmo, polaquiuria, disuria o dolor suprapúbico y cultivo de orina con ≥ 10⁵ UFC/mL con no más de dos especies de organismos.

Presencia de dos de los siguientes signos o síntomas:

Fiebre (> 38°C), tenesmo, polaquiuria, disuria o dolor suprapúbico.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Objetivo

La realización de manejo de muestras de orina, además de pinzar y recolectar de la sonda Foley si esta es que está instalada, la muestra cada 12 o 24 horas, además de corroborar dosis y horarios de antibioterapia.

Depende de si es complicada o no complicada y siempre se debe tener en cuenta a los factores de riesgo.

Los objetivos del tratamiento:

Deben ser la obtención de una respuesta rápida y efectiva, prevención de la recurrencia y evitar la aparición de resistencia a los antibióticos.

La elección de un antibiótico, en diversa infecciones.

- Depende de los niveles de concentración plasmática que alcanza el antibiótico para lograr una susceptibilidad antimicrobiana alta.
- En el caso de la ITU, lo importante es la concentración del antibiótico en el parénquima renal, en la capa más profunda de la pared de la vejiga y de la próstata.
- La excreción concentración urinaria y la determinación de la actividad del antibiótico en la orina son importantes para la decisión de si su uso se justifica o no en el tratamiento de la ITU.

En la ITU no complicada:

- Se ha usado de rutina trimetoprim sulfametoxazol, pero estudios recientes demuestran que su susceptibilidad es baja.
- Por tanto, se prefiere usar macrodantina, cefalosporinas de primera y segunda generaciones, amoxicilina/ácido clavulánico y, a veces, quinolonas.

Tratamiento

La bacteriuria asintomática:

Debe ser tratada con antibióticos en los pacientes sometidos a:

- Cirugía o manipulación urológica y trasplante renal
- Con neutropenia o inmunodepresión
- Con anomalías urológicas no corregibles y episodios de infección urinaria sintomática
- Con bacteriuria persistente después de intervención urológica o después de retirar la sonda urinaria

ITU complicada:

La terapia empírica inicial debe incluir la administración parenteral de alguna de los siguientes antibióticos con acción antipseudomonas como:

- Ciprofloxacina
- Ceftazidima
- Cefoperazona
- Cefepima
- Aztreonam
- Imipenem-cilastatina

O la combinación de una penicilina antipseudomonal, como:

- Ticarcilina
- Mezlocilina o piperacilina, con un aminoglicósido.