

Título del trabajo:

Resumen sobre INFECCION DE VIAS URINARIAS

Unidad IV

Nombre de la asignatura: Clínicas médicas complementarias

**Nombre del alumno:
Karla Zahori Bonilla Aguilar**

Semestre y grupo: 7° Semestre Grupo "A"

Nombre del profesor: Dr. Ricardo Acuña De Saz

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 01 de Enero de 2021.

DEFINICIÓN

La infección de vías urinarias se aplica a una amplia variedad de condiciones clínicas que varían desde la bacteriuria asintomática hasta la pielonefritis aguda. Una infección de vías urinarias bajas recurrente es definida como 3 o más episodios en los últimos 12 meses o dos episodios en los últimos 6 meses.

EPIDEMIOLOGIA

El 70% de las mujeres con síntomas de infección urinaria (cistitis o pielonefritis) presentan bacteriuria, a lo cual se le conoce como bacteriuria sintomática. En condiciones normales la frecuencia de bacteriuria asintomática se incrementa con la edad; se estima en 7% a los 60 años y 17% después de los 75 años.

Las infecciones de vías urinarias son más frecuentes en la mujer que en el hombre y su recurrencia es mayor, por la menor longitud de la uretra femenina y su proximidad con el ano y la vagina, influyendo también la mayor prevalencia de enfermedades concomitantes como la diabetes, alteraciones de estática pélvica etc.

CLASIFICACIÓN

La infección de vías urinarias (IVU) aguda “no complicada” incluye episodios de cistitis aguda o pielonefritis aguda en pacientes no gestantes y que por lo demás son saludable. Son de las infecciones bacterianas más frecuentes en los adultos; se considera que del 40 a 60% de mujeres por lo menos tendrán un episodio de infección del tracto urinario una vez en su vida, y 3-5% de todas las mujeres tendrán múltiples recurrencias.

Cuando la infección se limita a las vías urinarias bajas y se presenta disuria, polaquiuria, urgencia y tenesmo vesical (ocasionalmente hipersensibilidad suprapúbica) se denomina cistitis. Cuando afecta las vías urinarias altas se denomina pielonefritis aguda que se define como la infección del parénquima renal y del sistema

pielocalicial, con significativa bacteriuria y que se manifiesta por fiebre y dolor en la fosa renal.

ETIOLOGÍA

La Escherichia coli es el patógeno predominante en las infecciones de vías urinarias bajas no complicadas (mas del 80% de los casos); Staphylococcus saprophyticus se encuentra en el 15% de los casos. También participan otras enterobacterias como Klebsiella sp, Proteus sp o Enterobacter sp. El streptococcus Grupo B es un patógeno poco frecuente.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los síntomas con mayor sensibilidad (síntomas clásicos de infección de vías urinarias) son:

1. Disuria
2. Polaquiuria
3. Urgencia miccional.

Si existe solo disuria la probabilidad de infección de vías urinarias es 25%. Si existen 2 o más de estos síntomas, la probabilidad se eleva a 90% y está indicado el tratamiento antibiótico empírico.

DIAGNOSTICO

Análisis de orina con tira reactiva. El análisis de tira reactiva determina nitritos y esterasa leucocitaria que son pruebas indirectas de la presencia de leucocitos en orina (piuria). Es económico, su resultado es inmediato, su sensibilidad y especificada dependen principalmente de lo siguiente:

1. Cuenta de leucocitos por ml o número de unidades formadoras de colonias (UFC) utilizados como estándar de oro.

2. Si se interpreta como prueba positiva el reporte de esterasa leucocitaria, nitritos o ambas.

Examen microscópico de orina.

En mujeres sanas se encuentra menos de 5 leucocitos por campo de alto poder; lo que, hablando de bacteriuria, correspondería a menos de 100 000 UFC por ml. El examen microscópico de orina (sensibilidad 82-97%, especificidad 84-95%.

Cultivo de orina,

La calidad de la muestra de orina determina la efectividad para detectar bacterias. Las muestras obtenidas de la parte media de la micción tienen alta probabilidad de contaminarse. Una bacteriuria significativa puede ser secundaria a contaminación perineal o vaginal. El urocultivo tiene sensibilidad de 50 -95% especificidad de 85-99% dependiendo del umbral de leucocitos utilizado como estándar de oro. Se encuentra en controversia el punto de corte; se considera bacteriuria significativa un reporte de 104 "o" 105 (10 000 o 100 000) UFC por mililitro; aunque en presencia de síntomas de infección de vías urinarias se han aceptado 102 (100) UFC/ml.

- Utilizar el examen microscópico de orina solo cuando el cuadro clínico es dudoso y la tira reactiva es negativa.
- Ante cuadro clínico clásico de infección de vías urinarias no complicada (disuria, polaquiuria y urgencia miccional), no realizar ninguna prueba diagnóstica, e iniciar tratamiento.
- En los casos en que la paciente además de los síntomas urinarios presente sintomatología vaginal, realizar exploración ginecológica armada.

TRATAMIENTO

Tratamiento de primera línea Trimetoprim-sulfametoxazol TMP/SMZ (160/800 dos veces al día por 3 días), y como alternativa para casos donde existe resistencia a este

antibiótico o que por otras causas no se pueda prescribir, la Nitrofurantoína por 7 días (100 mg dos veces al día).

En mujeres no embarazadas de “cualquier edad” con signos y síntomas de infección aguda de vías urinarias bajas deben tratarse con TMP/SMZ (160/800mg; dos veces al día por 3 días) como primera elección o con Nitrofurantoína (100 mg dos veces al día por 7 días) segunda elección.

En los pacientes que no responden al tratamiento con TMP o nitrofurantoína debe realizarse un cultivo de orina como guía para el cambio de antibiótico.

Las quinolonas no se deben utilizar para tratamiento empírico ya que se favorece el desarrollo de resistencias.

En 2 a 3 días de iniciado el tratamiento los síntomas deben desaparecer, si persisten y no hay datos de pielonefritis, tomar cultivo con antibiograma y prescribir tratamiento de segunda elección (nitrofurantoína 100 mg cada 12 hrs por 7 días) o ciprofloxacina 250 mg cada 12 hrs por 3 días.

Recordar que si la disuria es muy importante se puede suplementar el tratamiento con fenpropiridina durante las primeras 48 horas (100 mgrs 8 horas).

SEGUIMIENTO

La respuesta a tratamiento se debe evaluar con relación a remisión de los síntomas clásicos de IVU a las 48 a 72 hrs de iniciado el tratamiento. No incluye la remisión de la fiebre ya que esta puede desaparecer después de 5 días. Se debe realizar cultivo de orina de control a los 7 a 14 días postratamiento. En los casos que persista bacteriuria asintomática no dar tratamiento. Recordar que si la disuria es muy importante se puede suplementar el tratamiento con fenpropiridina durante las primeras 48 horas.

RECOMENDACIONES

- En mujeres ancianas (mayores de 65 años) el tratamiento de la bacteriuria asintomática no reduce la mortalidad o los episodios sintomáticos. El tratamiento antibiótico incrementa el riesgo de efectos adversos tales como rash o síntomas gastrointestinales.
- Las mujeres no embarazadas con bacteriuria asintomática no requieren tratamiento antibiótico.
- El tratamiento de la bacteriuria asintomática se justifica solo en mujeres embarazadas, antes de procedimientos urológicos invasivos, en trasplante renal y en niños.
- La utilización de sondas vesicales debe limitarse a condiciones estrictamente necesarias y realizarse con técnica en condiciones asépticas, uso de sistema de drenaje cerrado evitar irrigación y efectuar cambio de la sonda cada 2 a 3 semanas.

Bibliografía

Grupo CTO. (3ED). Manual CTO de medicina y cirugía. Nefrología .México: CTO.

Consejo de salubridad general. (2009). : Diagnóstico y Tratamiento de la Infección Aguda, no Complicada del Tracto Urinario de la Mujer. México secretaria de salud, IMSS-077-0, 35.