



submodulo

Nombre del docente: Beatriz

Presenta: mapa conceptual

Alumno: Luis Escandón

Semestre: 6

Técnico: enfermería

escolarizado

Fecha de entrega: 02/06/2021

Enfermedades frecuentes en el sistema genitourinario. Incontinencia. Infecciones del tracto urinario.

La circulación renal influye en la producción de orina de 3 formas distintas Determina la tasa de filtración glomerular (GFR), marcada por la hemodinámica intrarrenal (cociente entre presiones y resistencias, reguladas por el simpático, el ren-Ag-al y autorregulación local). Principales zonas de resistencia: aferentes, eferentes e interlobulares. Regula la reabsorción y secreción proximales (los capilares peritubular de la corteza devuelven el agua y los solutos reabsorbidos a la circulación sistémica). Infecciones del tracto urinario. UNIVERSIDAD DEL SURESTE 90 La infección del tracto urinario (ITU) es considerada generalmente como la existencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario con o sin presencia de síntomas. El origen bacteriano de la ITU es el más frecuente (80%-90%); en este caso, la definición exacta exige 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.

Entre las infecciones más importantes del ser humano, la ITU constituye un importante problema de salud que afecta a millones de personas cada año. Es la segunda causa de infección más frecuente en los humanos, es solo superada por las infecciones del tracto respiratorio. Más de mitad de todas las mujeres tiene al menos una ITU durante su vida y su presentación más común es durante el embarazo. La proporción de frecuencia de UTI entre mujeres y hombres jóvenes es de 30:1; sin embargo, conforme el hombre envejece, esta proporción tiende a igualarse. En el adulto mayor, la ITU es la infección bacteriana más común y el origen más frecuente de bacteriemias. Las ITU son clasificadas de diversas formas: alta o baja, aguda o crónica, no complicada o complicada, sintomática o asintomática, nueva o recurrente y comunitaria o nosocomial. • 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. Incluye a la cistitis y uretritis. • 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. En este grupo se encuentran las pielonefritis. La distinción entre ITU baja y superior sigue siendo clásicamente aceptada. Sin embargo, es solo de utilidad para el médico si determina que la infección está limitada a las mucosas de la vejiga y la uretra o compromete órganos sólidos, como riñones o próstata. Por este motivo, hablar de ITU complicada o no complicada es de mayor utilidad clínica para el médico. • ITU no complicada. La que ocurre en pacientes que tienen un tracto urinario normal, sin alteraciones funcionales o anatómicas, sin una historia reciente de instrumentación (sondaje, uretrocistoscopia) y cuyos síntomas están confinados a la uretra y vejiga. Estas infecciones son muy frecuentes en mujeres jóvenes con una vida sexual activa.

Bacteriuria sintomática de las vías urinarias 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 supra púbico y cultivo de orina con $\geq 10^5$ 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 supra púbico, más cualquiera de los siguientes: – Nitratos o leucocito-esterasas positivo. – Píeria > 10 leucocitos/ml. – Visualización de microorganismos en la tinción de Gram. – Dos

uros cultivos con > 103 UFC/mal del mismo germen. – Uro cultivo con ≥ 105 UFC/mal de orina de un solo patógeno en paciente tratado con terapia antimicrobiana apropiada. Bacteriuria asintomática de las vías urinarias Paciente asintomático (ausencia de fiebre, tenesmo, polaquiuria, disuria y dolor supra púbico), al que se le detecta una concentración bacteriana ≥ 105 UFC/mal con no más de una o dos especies de microorganismos. Infección de otras regiones del tracto urinario Fiebre ($> 38^{\circ}\text{C}$), dolor o hipersensibilidad local (puño percusión lumbar, masaje prostático), aislamiento por cultivo o visualización por tinción Gram de microorganismos a partir de biopsias o aspirados, a excepción de la orina, de los tejidos u órganos del tracto urinario con sospecha de estar afectados.

Puede clasificarse según el tipo de incontinencia, la frecuencia y gravedad de la pérdida, los factores desencadenantes, el impacto en las relaciones sociales y el deterioro en la calidad de vida.^{4,5} La clasificación de la IU como síntoma del tracto urinario inferior según la ICS es el siguiente:

- Incontinencia urinaria de estrés o esfuerzo (IUE): Se define como la pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico, que provoca aumento de la presión abdominal (ejercicio, tos o estornudos)^{1,4,5,6,7} Se produce cuando la presión intravesical supera la presión uretral, como consecuencia de un fallo en los mecanismos de resistencia uretral
- Incontinencia urinaria de urgencia (IUU): Es la pérdida involuntaria de orina acompañada o precedida de urgencia miccional, la cual se define como el repentino y fuerte deseo de orinar que no se puede diferir. La causa de esto es la contracción involuntaria del depresor vesical.^{1,4,5,6}
- Incontinencia urinaria mixta (IUM): Pérdida involuntaria de orina asociada a urgencia miccional y también en relación con los ejercicios, esfuerzos, tos y estornudos. (IUE+IUU)^{4,5,6,7}
- Enuresis nocturna: Pérdida involuntaria de orina durante el sueño.^{4,5}
- Incontinencia urinaria por rebosamiento o sobre flujo: Se define como la pérdida involuntaria de orina relacionada con sobre distensión vesical. Intervienen 2 procesos primarios: Retención urinaria y contracciones inadecuadas de la vejiga.^{4,5,7}
- Otrostipos de IU: Incontinencia urinaria continua, Goteo posmiccional.^{4,5}

EPIDEMIOLOGÍA Los datos sobre prevalencia de la IU obtenidos en los diversos estudios publicados varía según edad, definición, el tipo de incontinencia, cuestionario empleado, modo de obtenerlo, el tipo de muestra utilizada y el uso o no de alguna prueba objetiva de pérdida de orina, así como el país de origen de los estudios.^{1,5} La prevalencia general de la incontinencia en mujeres se reporta en 38% y aumenta con la edad de 20 a 30% durante los primeros años de la vida, a casi 50% en la vejez.⁷ Mientras que la incidencia del varón va de 1 a 39 %.⁹ Al analizar la población anciana que vive en residencias o instituciones, esta prevalencia puede llegar hasta el 70%.¹² La prevalencia de VHA en los varones adultos varía entre el 10 y el 26% y, en las mujeres adultas entre el 8 y 42%. Las tasas de remisión completa de la IU oscilan entre el 0 y el 13 %. La incidencia anual de la vejiga hiperactiva oscila entre el 4 y 6 % con tasas anuales de remisión de VHA entre el 2 y el 3 %.⁹ Se ha calculado que la IU, o la aparición de pérdidas de orina al menos una vez en los últimos 12 meses, afecta al 5-69% de las mujeres y al 1-39% de los varones.⁴ En general, la IU es el doble de frecuente en las mujeres que en los varones.^{4,9}

ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA Se pueden distinguir una serie de factores asociados con un riesgo aumentado de aparición de dicha incontinencia, y entre los cuales podemos identificar:

- Sexo: IU es más frecuente en mujeres que en hombres
- Genética: Existe una predisposición genética para la IUE y la IUU
- Edad: La prevalencia de IU se incrementa progresivamente

LEÓN: INCONTINENCIA URINARIA ²⁴⁹ con la edad, observándose un pico de frecuencia entre los 50-60 años, alrededor de la menopausia. Sin embargo, no parece que la menopausia sea, en sí misma, un factor de riesgo de IU.

- Parto: El parto vía vaginal se asocia con

lesión directa de los tejidos blandos pelvianos, así como con la denervación del piso pelviano, siendo causa etiológica de IUE. El parto se asocia con IUM e IUE, pero no con IUU. • Obesidad: Existe una evidente relación entre el IMC y la IU. • Factores uro ginecológicos: Colapsos de la pared vaginal y de los órganos pélvicos, cirugía uro ginecológica, cistitis, estreñimiento son factores de riesgo para la aparición de IU.5 • Entre los factores de riesgo más comunes en el varón se identifican la edad avanzada, los síntomas de las vías urinarias inferiores, infecciones, deterioro funcional y cognitivo, trastornos neurológicos y antecedente de prostatectomía.1,4,9,8 La incontinencia urinaria puede ser temporal o crónica. La temporal puede ocurrir después del parto o durante una infección aguda de vías urinarias y suele resolver de forma espontánea. La crónica puede deberse a varias causas y a menudo es persistente y progresiva.7 La fisiopatología de la IU implica la interacción de factores anatómicos, bioquímicos, neurológicos y endocrinos. Estas interacciones son sumamente complejas, pero el resultado final implica una alteración en el equilibrio de la vejiga contra las presiones uretrales.3 La clasificación de la IU se acuerdo a su etiología se basa en dos afecciones genéricas que son causa de IU: anomalías vesicales como la hiperactividad del depresor (Inestabilidad o hiperreflexia del depresor) y la escasa distensibilidad vesical y anomalías esfinterianas como la hipermovilidad uretral y la deficiencia esfinteriana intrínseca ya sea por cirugía uretral previa, lesión neurológica a nivel sacro, radiación o déficit de estrógenos.2,5,7

DIAGNÓSTICO Se recomienda la realización de un cribado oportunista, al menos, una vez a lo largo de la vida en mujeres asintomáticas >40 años y en varones asintomáticos > 55 años, por parte del personal sanitario de atención primaria (AP). Si existen factores de riesgo de la IU se realizará anualmente, tanto en varones como en mujeres asintomáticas, a partir de las edades referidas con anterioridad.6 El diagnóstico clínico de la IU persistente tiene como objetivos, además de la identificación de la incontinencia, establecer la gravedad de los síntomas y su repercusión sobre la calidad de vida, clasificar el tipo de IU y detectar los casos de IU complicada. Toda evolución de la IU debe comenzar con una historia clínica minuciosa, seguida de un examen físico que incluya examen abdominal para detectar una masa abdominal o pélvica, examen perineal, examen digital vaginal o rectal, evaluación del estado de estrogenización en mujeres y contracción voluntaria del suelo pélvico

<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/biblioteca/6e2be7d9f916c6ab2c658675ca49de75.pdf>

<https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/619/art09.pdf>

<file:///C:/Users/LUIS%20ESCANDON/Downloads/XX342164212000532.pdf>