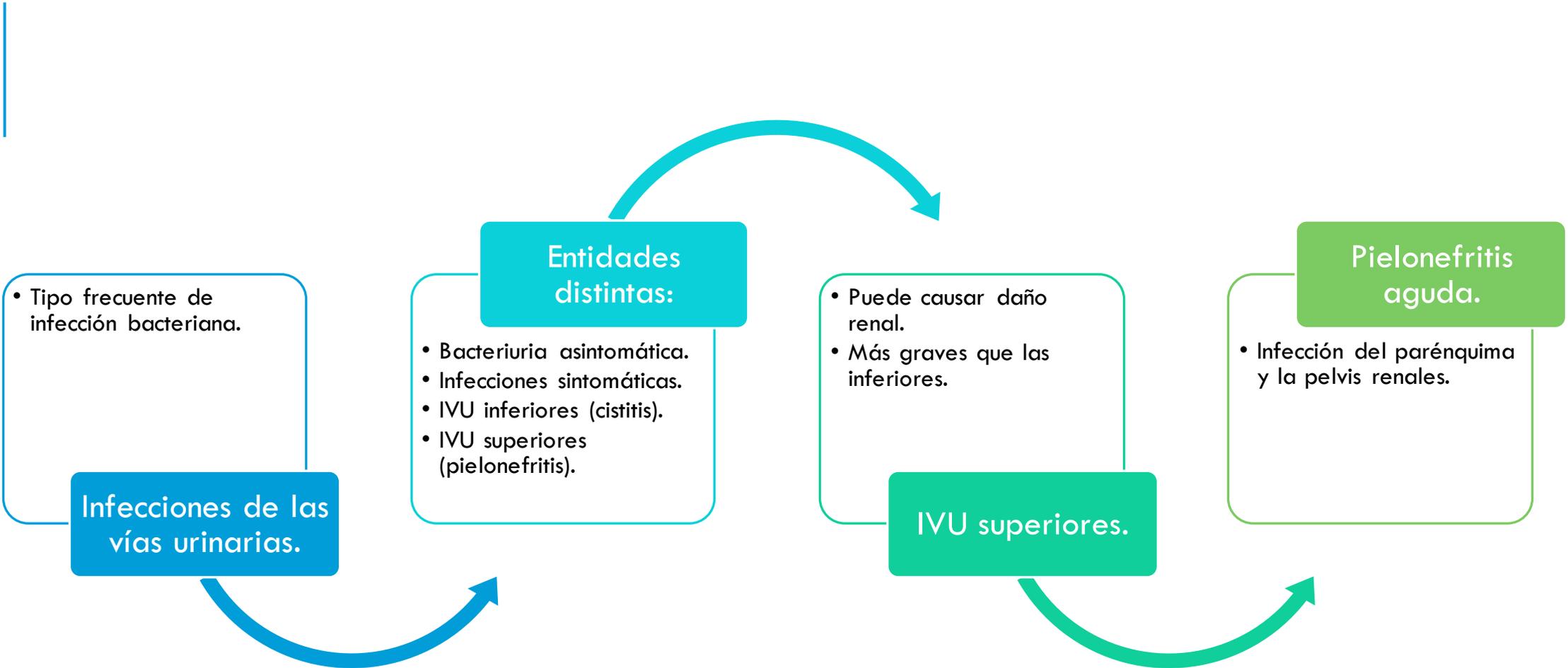


INFECCIONES DE LAS VÍAS URINARIAS.

Docente: Dr. Guillermo Del Solar
Villarreal.

Alumna: Evelin Samira Andres
Velazquez.



EPIDEMIOLOGÍA.

Más frecuente.

En mujeres que hombres.

A partir de los 50 años en los varones aumenta en relación con patología prostática o la práctica de exploraciones urológicas.

En la mujer, 1% en la edad escolar al 5% a los 20 años.

Con el inicio de las relaciones sexuales y los embarazos.

70 años el 20% de las mujeres.

10% de los varones tienen bacteriuria asintomática.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA.





La orina formada en los riñones y hallada en la vejiga es estéril o libre de bacterias.

Las IVU se deben a bacterias que entran por la uretra.

Pueden ingresar a través del torrente sanguíneo.

Se debe a bacterias que ha colonizado la uretra, vagina o área perianal.

La IVU puede localizarse en.

La uretra.

Uretritis.

La vejiga.

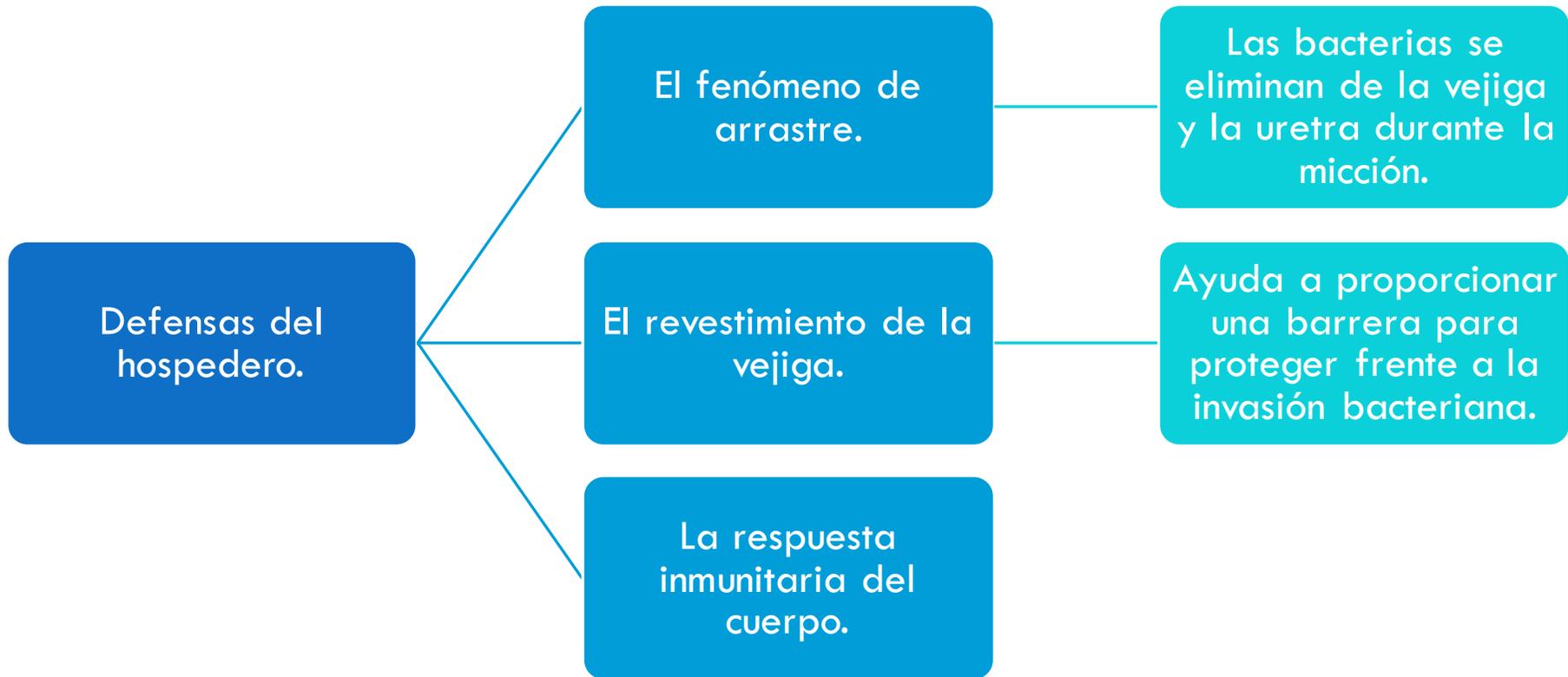
Cistitis.

La próstata.

Prostatitis.

El riñón.

Pielonefritis.



Defensas del hospedero.

El fenómeno de arrastre.

Las bacterias se eliminan de la vejiga y la uretra durante la micción.

El revestimiento de la vejiga.

Ayuda a proporcionar una barrera para proteger frente a la invasión bacteriana.

La respuesta inmunitaria del cuerpo.

OBSTRUCCIÓN Y REFLUJO.

Obstrucciones anatómicas.

Cálculos de las vías urinarias.

Hiperplasia prostática.

Embarazo.

Malformaciones de la unión ureterovesical.

Obstrucciones funcionales.

Vejiga neurogénica.

Micción poco frecuente.

Inestabilidad del músculo depresor (vejiga).

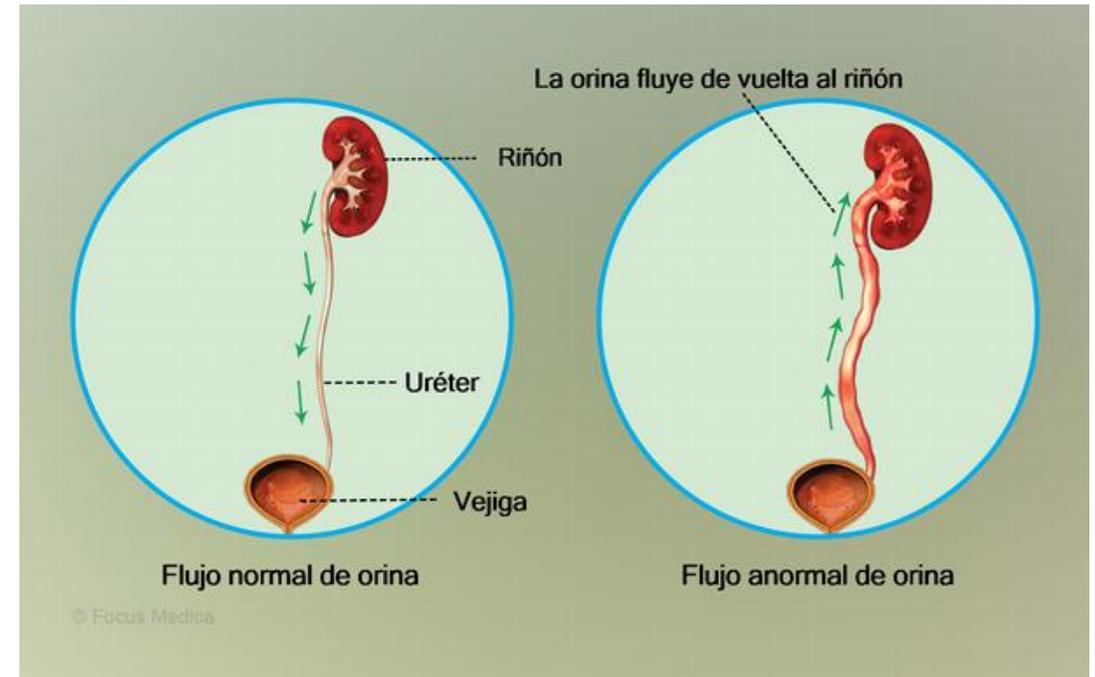
Estreñimiento.

Reflujo uretrovesical.

- La orina de la uretra se mueve hacia la vejiga.

Reflujo vesicouretral.

- Ocorre entre la vejiga y la uretra.



MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Depende de la infección.

- IVU inferiores.
 - Vejiga.
- IVU superiores.
 - Riñón.

IVU inferiores (cistitis) se caracteriza por.

- Micción frecuente.
- Malestar abdominal o lumbar.
- Ardor y dolor al orinar (disuria).

IVU superiores (pielonefritis) afectan.

- Parénquima.
- Pelvis del riñón.

DIAGNÓSTICO.

Se basa en.

- Síntomas y en el análisis de la orina para buscar microorganismos.

Si es necesario.

- Radiografías, ecografías, TC y gammagrafías renales para identificar factores concurrentes (obstrucción).

Presencia de.

- 100,000 unidades formadoras de colonias.

TRATAMIENTO.

El tratamiento inicial de un episodio de cistitis no complicada puede hacerse con:

- Fosfomicina trometamol 3 g en dosis única o nitrofurantoína 100 mg/12 h durante 5 días.

Si la paciente no ha recibido tratamiento antibiótico en los últimos 3 meses, puede emplearse una.

- Cefalosporina oral de tercera generación (cefixima o cefditoreno 200 mg/12-24 h) o una fluoroquinolona (ciprofloxacino 500 mg/12 h o levofloxacino 500 mg/24 h) durante 3-5 días.

La pielonefritis no complicada puede tratarse con una.

- Cefalosporina de tercera generación administrada por vía oral (cefixima o cefditoreno 200-400 mg/12 h).

Puede emplearse una.

- Cefalosporina, una fluoroquinolona (ciprofloxacino 500 mg/12 h o levofloxacino 500 mg/24 h) o cotrimoxazol (160-800 mg/12 h) por vía oral

BIBLIOGRAFÍA.

Grossman, S., & Porth, C. M. (2014). *Porth. Fisiopatología: Alteraciones de La Salud: Conceptos Basicos*. Lippincott Williams & Wilkins.

Borstnar, C. R., & Cardellach, F. (2020). *Farreras Rozman. Medicina Interna*. Elsevier Gezondheidszorg.