

ALONDRA YULIANA GONZALEZ GORDILLO

DR. JESUS EDUARDO CRUZ DOMINGUEZ

CASO CLINICO

EPIDEMIOLOGIA II

3° A

Comitán de Domínguez Chiapas a 24 de junio de 2024

CASO CLINICO (ITU EN EL EMBARAZO)

17/12/12

Gestante de 36 semanas que consulta por dolor en FRD

Antecedentes

Familiares

Padre fallecido (neumonía)

Personales

AP: Sin interés

AQ: No

No alergias medicamentosas conocidas

G3 A1(IVE) C1 (Falta de progresión, año 2006. Varón de 3288gr)

FUR: 08/04/12

Grupo: B Rh: positivo

Anamnesis

La paciente presenta buen estado general. Apirética

Exploración

Puño percusión renal derecha positiva

TBF con taquicardia fetal

Pruebas complementarias

Sedimento: nitritos negativos, no leucocitos ni sangre, 20 prot.

Hemograma con leucocitosis (26,45) y neutrofilia

Se cursa urocultivo y hemocultivo

Juicio clínico principal

Sospecha de pielonefritis.

CASO CLINICO (VULVOVAGINITIS)

15/10/22

Descripción del caso: Mujer de 28 años que presenta desde hace 4 días prurito vaginal, acompañado de leucorrea blanquecina densa. No clínica miccional. Afebril. Refiere relaciones sexuales con su pareja sin protección. Niega otra clínica acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Auscultación cardíaca: Rítmica sin soplos ni extra tonos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. Abdomen: Blando y depresible. No se palpan masas ni megalias. No doloroso a la palpación profunda, molestias leves en hipogastrio. Puño percusión renal negativa. Exploración ginecológica: genitales externos sin lesiones aparentes. Leucorrea espesa, blanquecina como requesón. No dolor a la movilización de cérvix. Pruebas complementarias: Cultivo del exudado y fondo de saco vaginal. Muestra endocervical para detección de Gonococo y Chlamydia.

Juicio clínico: Vulvovaginitis candidiásica.

Comentario final: Las vulvovaginitis cursan con inflamación de la vulva, vagina o tejido endocervical, generando un aumento de secreción vaginal (leucorrea). Entre las causas de vulvovaginitis más frecuentes encontramos: Vaginosis por Gardnerella vaginalis (15-50%), Cándida albicans (20-25%) y Tricomonas vaginalis (5-50%). La vaginosis bacteriana por Gardnerella vaginalis es una de las vaginosis más frecuentes, para su diagnóstico aplicamos los Criterios de Amsel que valora el flujo vaginal, que en este caso sería homogéneo, adherente a la pared vaginal, la prueba de aminas es + (olor a pescado), aparecen más de 20% células Clue y hay un pH > 4.5 y el tratamiento es con metronidazol y medidas higiénicas.

MEDICINA HUMANA

Ponente: Alondra Yuliana Gonzalez Gordillo

Dr. Jesus Eduardo Cruz Dominguez

Epidemiología II

Infección del Tracto urinario

3° A

Comitan de Dominguez Chiapas a 11 de
abril de 2024

QUE ES?



Son infecciones comunes que ocurren cuando entran bacterias a la uretra, generalmente de la piel o el recto, e infectan las vías urinarias. La causa de este tipo de infección de las vías urinarias normalmente es la **Escherichia coli** (E. coli).

ASPECTOS GENERALES



LAS INFECCIONES DE VIAS URINARIAS SON MAS 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 TAMBIEN LA MAYOR PREVALENCIA DE ENFERMEDADES COMO LA DIABETES, ALTERACIONES DE ESTADICA PELVICA.



SINTOMAS

Los síntomas de una infección del tracto urinario (ITU) pueden variar según la parte del tracto urinario afectada (como la uretra, la vejiga o los riñones) y la gravedad de la infección. Los síntomas más comunes de una ITU incluyen:

1. **Micción frecuente y urgente:** Sentir la necesidad de orinar con más frecuencia de lo habitual, y a menudo con una sensación urgente.
2. **Dolor o ardor al orinar:** Experimentar molestias, dolor o una sensación de ardor al orinar.
3. **Orina turbia o con mal olor:** La orina puede volverse turbia y tener un olor fuerte o desagradable.
4. **Dolor en la parte baja del abdomen o en la zona pélvica:** Algunas personas pueden experimentar dolor o presión en el área del abdomen inferior o la pelvis.
5. **Orina con sangre (hematuria):** La presencia de sangre en la orina puede ser un síntoma de infección del tracto urinario, especialmente si se presenta junto con otros síntomas.
6. **Malestar general o cansancio:** En casos más graves de infección del tracto urinario, puede haber síntomas generales como fatiga, fiebre moderada, escalofríos o malestar.
7. **Dolor en la parte baja de la espalda o en los costados:** Si la infección afecta a los riñones (pielonefritis), puede provocar dolor en la parte baja de la espalda o en los costados, junto con fiebre y escalofríos.

FX DE RIESGO EN EL EMBARAZO

tratamiento de primera línea sigue siendo **Nitrofurantoina** 100mg cada 12 horas por 7 días, aunque está contraindicada al final del embarazo (semanas 38-42) por riesgo de anemia hemolítica en el neonato. **Cefadroxilo** 500mg cada 12 hrs también es una buena alternativa.



El principal factor de riesgo es el antecedente de ITU previo al embarazo. Del 24 al 38% de las mujeres que presentan BA en la gestación tienen antecedentes de ITU sintomática. En segundo lugar, las pacientes con malas condiciones socioeconómicas presentan una incidencia 5 veces mayor de BA durante la gestación. La drepanocitemia es un factor de riesgo que debe tenerse en cuenta fundamentalmente en la raza negra, pues duplica el riesgo de adquirir BA. La diabetes mellitus, incluida la diabetes gestacional, favorece la frecuencia de ITU y la aparición de formas más graves.

RECOMENDACIONES

Beber al menos de 6 a 8 vasos de agua diariamente, mantener buenas prácticas de higiene en el área genital, orinar frecuentemente, utilizar ropa interior de algodón y evitar la ropa ajustada.

TX

Los fármacos y pautas de elección son: **Ciprofloxacino** en dosis de 500-750 mg por vía oral cada 12 horas durante 15 días.

- Trimetoprima y sulfametoxazol (Bactrim, Bactrim DS)
- Fosfomicina (Monurol)
- Nitrofurantoina (Macroclon, Macrobid, Furadantin)
- Cefalexina.
- Ceftriaxona.

**Ponente: Alondra Yuliana Gonzalez
Gordillo**

Dr. Jesus Eduardo Cruz Dominguez
Epidemiologia II
Vulvovaginitis

3° A

Comitan de Dominguez Chiapas a 11 de
abril de 2024

VULVOVAGINITIS

Que es?



Es un término general que puede describir muchos tipos de inflamación e irritación de la vulva externa y/o vagina

Introduccion

Las secreciones vaginales normales se caracterizan por ser: Inodoras, claras, viscosas, pH ácido 4,5, Anatómicamente la cercanía del ano a la uretra y vagina favorece la contaminación fecal y urinaria. Puede existir una secreción vaginal fisiológica durante algunas etapas del ciclo menstrual, relacionado con el coito, durante el embarazo y la lactancia.

En la práctica médica las Infecciones vaginales representan un problema de salud frecuente ya que el 95 % de las pacientes consultan por flujo vaginal.

**Dentro de la etiología infecciosa,
las causas**

más frecuentes incluyen:

- **Vaginosis bacteriana (Gardenella vaginalis)**
- **Vulvovaginitis micótica**
- **Vaginitis por Trichomona vaginalis**



Datos epidemiológicos



Se estima que alrededor del mundo se reportan 10 millones de consultas a las clínicas de ginecología secundarias a vulvovaginitis

Pruebas de laboratorio

Análisis del exudado vaginal:
Para establecer el diagnóstico se requiere una exploración cuidadosa de la paciente y un estudio del exudado vaginal y cervical que comprende: pH, examen microscópico en fresco y prueba de las aminas (olor a pescado); Gram del exudado; cultivos de cérvix para Chlamydia y N. Gonorrhoeae y citología.

Diagnóstico de vulvovaginitis en la mujer embarazada:

Para establecer su diagnóstico deben cumplirse al menos 3 de los siguientes 4 criterios:

- Ph vaginal > 4,7
- Presencia de "Clue Cells" (Células en empedrado)
- Descarga de flujo homogéneo
- Prueba de KOH positiva (Olor a pescado)

Entre los factores predisponentes:

se mencionan los tratamientos antibióticos de amplio espectro, uso de esteroides, diabetes mellitus, lupus eritematoso sistémico, pacientes con Inmunocompromiso y uso de ropa interior ajustada y de telas sintéticas



GARDNERELLA VAGINALIS

VULVOVAGINITIS MICÓTICA



TRICHOMONA VAGINALIS

Criterios generales acerca del tratamiento farmacológico en pacientes no embarazadas y embarazadas:

Vaginosis bacteriana (VB): Mujer no embarazada:

Tratamiento de primera elección:
□ Metronidazol (cod. 148) * 500 mgs. vía oral, 2 veces al día 7 días y/o gel vaginal 0,75 %, 1 aplicación 2 veces/día por 5 días, óvulos de Metronidazol-Nistatina (cod. 1110) un ovulo diario por 10 días.

Tratamiento alternativo:
□ Clindamicina (cod. 7) 300 mgs. oral, 2 veces al día por 7 días.

Mujer embarazada:

Tratamiento de primera elección:
□ Metronidazol (cod. 148)* ** 250 mgs., vía oral, 3 veces al día por 7 días, óvulos de Metronidazol-Nistatina (cod. 1110) un ovulo diario por 10 días.

Tratamiento alternativo:
□ Clindamicina (cod. 7) 300 mgs., vía oral, 2 veces al día por 7 días.

Recomendaciones generales para evitar las infecciones vaginales



No utilizar duchas vaginales, evitar la aplicación de geles y agentes antisépticos locales.



Practicar una técnica adecuada de higiene vulvovaginal.

Corregir anomalías anatómicas y funcionales asociadas.

Iniciar tratamiento en presencia de signos y síntomas de infección vaginal mientras se espera la confirmación diagnóstica.

El uso de estrógenos intravaginales durante la mujer postmenopausica puede prevenir infecciones recurrentes. Consumo de cítricos o suplementos con vitamina C, para preservar el Ph bajo de la vagina.

☐ Utilizar ropa interior de algodón

BIBLIOGRAFIA

- GPC