



Mi Universidad

Resumen

Oswaldo Daniel Santiz Hernández

Patologías

Cuarto Parcial

Epidemiología I

Dr. Jesús Eduardo Cruz Domínguez

Licenciatura en Medicina Humana

Segundo Parcial

Comitán de Domínguez, Chiapas a 7 de diciembre del 2024

DENGUE

MANEJO DEL DENGUE NO GRAVE Y EL DENGUE GRAVE GPC

DEFINICIÓN: El Dengue es una enfermedad febril infecciosa, de etiología viral sistémica (Virus Denv-1, Denv-2, Denv-3 y Denv-4), transmitida por mosquitos hembras del género *Aedes* sp, de presentación clínica variable. evolución poco predecible, autolimitada y temporalmente incapacitante. Se reconocen cuatro fases de la enfermedad: la fase de incubación de tres a diez días; la fase crítica (fuga plasmática) entre el tercer y séptimo día inicio de la fiebre; y la fase de recuperación (reabsorción de Líquidos) entre el séptimo y décimo día. La variabilidad clínica está relacionada con la respuesta inmunológica del huésped a la infección, la comorbilidad y los factores de riesgos presentes, la exposición previa a la enfermedad, y la virulencia de la cepa viral.

FACTORES DE RIESGO: El principal factor de riesgo para el dengue es habitar o visitar una región geográfica con presencia del vector y circulación de uno o más de los serotipos (zona endémica). En estas regiones, un factor de riesgo es la presencia de suministro de agua potable en forma permanente. Para el control de los criaderos de vectores se recomiendan:

- Educación y participación activa de las comunidades.
- Mejoramiento de la cobertura de agua potable en cantidades suficiente.
- Sistema de drenaje adecuados.
- Uso de pabellones y repelentes de insectos.
- Instalación de mosquiteros en puertas y ventanas.
- Antecedente de infección previa de dengue.
- Presencia de algún padecimiento.

CO- CIRCULACION DE SEROTIPOS

CLASIFICACIÓN: La clasificación del Dengue, emitida por la OMS en 1997 ha sido revisada a partir de 2004 y desde 2009 la que se encuentra en

uso es la que se presenta a continuación:

1.- DENGUE NO GRAVE

- a.- Sin signos de alarma (Grupo A)
- b.- Con signos de alarma (Grupo B)

2.- DENGUE GRAVE:

- a.- Manifestaciones de fuga plasmática
- b.- Hemorragia grave
- c.- Afección orgánica grave

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

LA FASE FEBRIL: Dura generalmente dos a siete días y a menudo se acompaña de rubor facial, eritema de la piel, dolor generalizado, mialgias artralgiyas y cefaleas. Algunos pacientes pueden presentar dolor o eritema faríngeo o Onjuntivitis. También es común la presencia de anorexia, náusea y vómito. El Dx diferencial con otras enfermedades febriles es difícil en la fase temprana. Una prueba del torniquete positiva hace más probable el Dx de DENGUE, aunque no es útil para distinguir la fiebre pro DENGUE de la fiebre hemorrágica por DENGUE. Algunos pacientes pasan de la fase febril a la fase crítica alrededor de los días tercero a séptimo de evolución, cuando suele ocurrir la desfervescencia de la fiebre con descenso de la temperatura corporal a 37.5-38 C.

LA FASE CRÍTICA: Generalmente dura de 24 a 48 horas. En los casos graves, al inicio de la fase crítica generalmente ocurre leucopenia y luego un descenso rápido del recuento plaquetario, antes de la fuga plasmática. El grado de esta varía; dependiendo de dicho grado y del volumen de líquidos administrados, pueden detectarse derrame pleural y ascitis, clínicamente o mediante estudios radiológicos o ultrasonográficos. La elevación del Hematocrito generalmente refleja la gravedad de la fuga plasmática. El choque sobreviene cuando se pierde un volumen crítico de plasma, a través de la fuga; generalmente, esta situación va precedida de signos de alarma.

LA FASE DE RECUPERACIÓN: Si el paciente sobrevive a las 24 a 48 horas de la fase crítica, durante la fase de recuperación o convalecencia tiene lugar una reabsorción gradual del líquido del compartimiento extravascular que se traduce en:

- . Mejoría del bienestar general
- . Retorno del apetito
- . Desaparición de los síntomas gastrointestinales.
- Estabilización hemodinámica
 - . Recuperación de la Diuresis
 - . Bradicardia
 - . Prurito generalizado
- . Cambios electrocardiográficos.
- . Estabilización o disminución del hematocrito.
- . Elevación del recuento de leucocitos
- . Recuperación del recuento plaquetario

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE:

- . Biometria Hemática Completa Inicial
- . Pruebas de funcionamiento hepático
- . Glucemia
- . Electrolitos séricos
- . Urea y creatinina séricos
- . Bicarbonato o lactato séricos
- . Enzimas Cardiacas
- . Electrocardiograma
- . Densidad Urinaria

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- . Paludismo
- . Fiebre tifoidea
- . Leptospirosis
- . Rickettiosis
- . Shigelosis
- . Faringoamigdalitis
- . Enfermedades Exantemáticas febriles
- . Influenza
- . Sepsis bacteriana
- . Brucelosis

TRATAMIENTO DENGUE NO GRAVE:

- . Educar al paciente para que no se automedique
- . Iniciar la Hidratación oral con vida suero oral
- . Iniciar el control térmico con medios físicos
- . En caso necesario administrar PARACETAMOL, No emplear ácido acetil salicílico, metamizol ni AINES

DIABETES MELLITUS TIPO 2

Diabetes Mellitus II

La DIABETES MELLITUS (DM), se define como un trastorno metabólico heterogéneo caracterizado por la presencia de hiperglucemia debido al deterioro de la secreción de insulina, la acción defectuosa de la insulina o ambas. La hiperglucemia crónica se asocia con complicaciones micro vasculares relativamente específicas que afectan los ojos, riñones y nervios, así como un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, entre otros. La diabetes tipo 2, previamente conocida como Diabetes no insulino dependiente ó diabetes del adulto, representa el 90-95% de todos los casos de Diabetes. Esta forma engloba a los individuos que tienen una deficiencia de insulina relativa y que presentan resistencia periférica a la insulina. Estos individuos, al menos de inicio, y muy comúnmente durante el resto de su vida, no necesitan tratamiento con insulina para sobrevivir. Existen diversas causas de Diabetes tipo 2. Aunque no se conoce con exactitud las etiologías específicas, no ocurre una destrucción autoinmune de células beta, y los pacientes no tienen algunas de las otras causas conocidas de Diabetes. La mayoría de estos pacientes presentan sobrepeso u obesidad. El exceso de peso causa por sí mismo un grado de resistencia a la insulina, los pacientes con diabetes que no tienen sobrepeso u obesidad pueden tener un incremento en el porcentaje de grasa corporal distribuida predominantemente en la región abdominal.

La Diabetes tipo 2 se encuentra entre las primeras 10 causas de muerte a nivel mundial es una causa frecuente de discapacidad en la población joven económicamente activa, empobreciendo a las familias o reduciendo la esperanza de vida.

COMPLICACIONES: Las complicaciones reportadas por diabetes son múltiples el impacto beneficioso de un tratamiento adecuado como la dieta saludable la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y evitar el consumo de tabaco retrasan su aparición. Las personas con diabetes tienen riesgo de muerte y eventos cardiovasculares 2 a 4 veces mayores que la población general. Se asocia comúnmente a otros factores

res de riesgo como obesidad, inactividad física, presión arterial alta, niveles alterados de lípidos y una tendencia a desarrollar trombosis, También, se asocia a una calidad y esperanza de vida reducidas.

SÍNTOMAS: Los síntomas de la Diabetes en personas adultas mayores puede ser inespecíficos y/o aparición tardía, suelen manifestarse como síndromes geriátricos, síntomas atípicos o como complicaciones crónicas.

PERSONAS JÓVENES

- Poliuria
- Polidipsia
- Polifagia
- Pérdida de peso

PERSONAS ADULTAS MAYORES

- Asintomáticas (50%)
- fatiga, irritabilidad, anorexia, pérdida de peso
- Infecciones recurrentes
- Incontinencia urinaria, nicturia
- Delirium, Depresión
- Inmovilidad, Hipotensión, Sarcopenia

DX:

- Glucosa en plasma en ayunas
- HbA_{1c}
- TFG con CKD-EPI
- Microalbumina (pacientes con daño)
 - .-Pacientes con daño renal establecido
 - .-Pacientes con EGO con proteinuria
 - .-Pacientes con Sx Nefrótico

METAS DE CONTROL:

GRUPO I: Persona adulta mayor con buen estado de salud

- .- Sin comorbilidad o con baja carga de comorbilidad
- .- Adecuada función cognoscitiva
- .- Capacidad funcional conservada (sin fragilidad)

Se debe aspirar a metas de control glucémico estrictas son:

.HbA_{1c} menor a 7.5%

Glucosa de ayuna entre 90-130 mg/dL

. Glucosa postprandial entre 90-150 mg/dL

- . Presión arterial menor de 140/90 mmHg
 - . Uso de estatinas si tolera y no haya contraindicación
- GRUPO 2:** Persona adulta mayor con estado de salud regular
- . Aquellos con 3 o más enfermedades crónicas
 - . Trastorno neurocognitivo mayor o demencia leve
 - . Dependencia para dos o más actividades instrumentadas de la vida diaria
 - . Con síndrome de fragilidad
 - . Riesgo de hipoglucemia y caídas

SE RECOMIENDA UN CONTROL GLUCEMICO CON METAS MÁS LAXAS

- .- HbA1c menos a 8.0%
- .- Glucosa de ayuno entre 90-150 mg/dL
- .- Glucosa precena entre 100-180 mg/dL
- .- Presión arterial menor de 140/90 mmHg
- Uso de estatinas si se tolera y no hay contraindicación
- .- Vigilancia de hipoglucemia

GRUPO 3 : PERSONA ADULTA MAYOR CON POBRE ESTADO DE SALUD

- . Aquellos con enfermedad terminal
- ▾ Trastorno neurocognitivo mayor o demencia en etapa moderada o grave

- . Dependencia de dos o más actividades básicas de la vida diaria
- . En terapia sustitutiva renal o enfermedad renal crónica estadio 5

Se recomienda un control glucémico menos estrictos con metas

- .- HbA1c menor a 9.5%
- .- Glucosa de ayuno entre 100-180 mg/dL
- .- Glucosa precena entre 110-200 mg/dL
- .- Presión arterial menor de 150/90 mmHg
- .- Considerar beneficios de estatinas
- .- Evitar hipoglucemia

TARBIENTOS NO FARMACOLÓGICO: La recomendación de la combinación de actividad física y terapia nutricioanl, incluida la ingesta recomendada de calcio, vitamina D y otros nutrientes, es una estrategia adecuada pa

para las personas mayores. Un aumento en la actividad física en los adultos mayores debería reducir el comportamiento sedentario, y se debería enfatizar la actividad aeróbica e intensidad moderada. Además el plan de actividades debe considerar las habilidades y la aptitud aeróbica de los adultos mayores después de una evaluación médica cuidadosa. También se recomiendan actividades destinadas a aumentar la flexibilidad, la fuerza muscular y el equilibrio.

- .- Dieta mediterránea
- .- Ingesta de proteínas 1.2 a 1.5 gr de proteína/kg/día
- .- Ingesta de carbohidratos
- .- Dietas para diabéticos
- .- Control de glucemia y manejo de peso
- .- Actividad física de intensidad moderada-vigorosa
- .- Realizar actividad física aeróbica

FÁRMACO DE PRIMERA INTENCIÓN

Metformina es el fármaco de primera línea que se recomienda para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 a cualquier edad en monoterapia o combinado con cualquier antidiabético.

- .- Dosis inicial baja 850gr/día y dosis máxima de 2550 gr/día

MANEJO DUAL

Se debe iniciar la terapia dual con las siguientes consideraciones:

- .- La base de la terapia dual es metformina
- .- Monoterapia por 3 meses con manejo integral que no alcancen la meta de HbA_{1c}
- .- Diagnóstico reciente de DM2 con HbA_{1c} con 1.5% por arriba de la meta de objetivo por grupo de riesgo
- .- La combinación de fármacos deberá individualizarse de acuerdo a factores de riesgo, edad y comorbilidad.

Si no se alcanza el objetivo de A_{1c} después de aproximadamente 3 meses la metformina se puede combinar con:

- .- Sulfonilurea
- .- Tiazolidinediona
- .- Inhibidor de DPP-4

PREECLAMPSIA

Preclampsia :)

Preclampsia es el estado que se caracteriza por la presencia de Hipertensión y proteinuria significativa, lo que ocurre por primera vez después de la semana 20 del embarazo, durante el parto o el puerperio. También es preclampsia cuando existe hipertensión en el embarazo y un criterio de severidad aun cuando no haya proteinuria demostrada en un primer momento.

PRECLAMPSIA SEVERA O PRECLAMPSIA CON CRITERIOS DE SEVERIDAD: Es la preclampsia con uno o más de los siguientes criterios:

Síntomas maternos: Cefalea persistente o de novo; alteraciones visuales o cerebrales; epigastralgia o dolor en hipocondrio derecho; dolor torácico o disnea, signos de disfunción orgánica, y en caso de hipertensión severa (sistólica \geq 160 y/o diastólica \geq 110 mmHg); edema agudo pulmonar o sospecha de desprendimiento placentario.

Alteraciones de laboratorio: Elevación de creatinina sérica (\geq 1.1 mg/dL), incremento de AST o ALT (\geq 70 IU/L) o deshidrogenasa láctica; disminución de plaquetas \leq 100,000/mm³.

Hipertensión arterial crónica en el embarazo: Es la hipertensión que es ta presente antes del embarazo o que es diagnosticada antes de las 20 semanas de gestación. De acuerdo la etiología puede ser primaria o secundaria. Cuando se diagnostica hipertensión arterial secundaria durante el embarazo deberá determinarse la etiología (enfermedad renovascular, enfermedad de Cushing, etc), en la medida de lo posible.

Hipertensión Gestacional: Hipertensión que se presenta por primera vez posterior a las 20 semanas de gestación con ausencia de proteinuria demostrada por recolección de orina de 24 horas o por cociente proteínas/creatinina urinaria en una muestra al azar.

MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL

!- Los esfigmomanómetros aneroides se pueden usar para la detección de la PA, pero también son propensos a error. Es recomendable que cada unidad establezca calendarios de mantenimiento a los dispositivos para la

medición de la PA, afin de mantenerlos debidamente validados y recalibrados.

.- Se recomienda que la ubicación estándar para la medición de la PA se realice a nivel de la arteria Braquial.

.- Si la medición de la PA es consistentemente más alta en uno de los 2 brazos, se recomienda considerar el brazo con los valores más altos para todas las mediciones de la PA.

.- La medición de la PA en casa puede recomendarse a través de métodos auscultatorios automatizados realizándose 2 veces por día (mañana y noche) 3-4 veces por semana (idealmente los 7 días de la semana). Las mediciones deberán cotejarse periódicamente con un dispositivo calibrado en las unidades hospitalarias.

.- Se recomienda el control de la PA ambulatoria o en el hogar para confirmar cifras de PA elevada, sobre todo en casos específicos.

DETERMINACIÓN DE PROTEINURIA:

.- En aquellas pacientes en quienes es necesario identificar rápidamente la presencia de proteinuria por sospecha de preclampsia, se recomienda considerar realizar una cuantificación de orina de 8 a 12 horas como alternativa a las cuantificaciones de proteínas en orina de 24 hrs, estableciendo como punto de cohorte valores ≥ 150 mg/dL de proteína.

.- A pesar de estas limitaciones, las pruebas de tira reactiva de orina convencional sigue siendo pilar de la detección de proteinuria en la práctica obstétrica. El rango de los resultados es desde negativo a 4+.

.- Se recomienda establecer diagnóstico de proteinuria cuando:

La cuantificación de proteínas en una recolección de orina de 24 hr es mayor o igual a 300 mg.

ó

Presencia de 1+ en tira reactiva es una muestra tomada al azar. (utilizar solo si los métodos cuantitativos no están disponibles).

Una tira reactiva negativa no descarta proteinuria y requiere confirmación por un método cuantitativo.

ó

Cociente proteínas/creatinina urinaria en una muestra de orina al azar mayor o igual a 0.28.

PREVENCIÓN DE PREECLAMPSIA

- .- En las pacientes con embarazo se recomienda clasificar como riesgo bajo o aumentado de preeclampsia, por lo general, por la presencia de uno o más de los marcadores de riesgo.
- .- Las intervenciones preventivas para la forma de preeclampsia con presentación temprana, se recomiendan en población con riesgo aumentado de preeclampsia, iniciándose antes de las 16 semanas de gestación.
- .- La identificación en la historia clínica de factores de riesgo para desarrollo de preeclampsia es una herramienta que puede coadyuvar en la detección y prevención de los posibles pacientes con sospecha de desarrollo de preeclampsia.
- .- Una historia clínica completa
- .- No se recomienda el reposo en cama para prevenir preeclampsia y enfermedades hipertensivas en embarazos de riesgo.
- .- No se recomienda la restricción de sodio en la dieta para prevenir el desarrollo de la preeclampsia.
- .- En áreas con baja ingesta de calcio dietético se recomienda la suplementación con calcio durante el embarazo (a dosis de 1.5 a 2.0 g de calcio elemental al día) para la prevención de preeclampsia en todas las mujeres, pero especialmente en aquellas con alto riesgo de desarrollar preeclampsia.
- .- De acuerdo a la evidencia científica disponible, es recomendable realizar un mayor número de ensayos aleatorizados para confirmar la disminución de riesgo en el desarrollo de preeclampsia de la población.
- .- La suplementación con vitamina C y vitamina E durante el embarazo no son recomendados para la prevención del desarrollo de preeclampsia y sus complicaciones.
- .- Es recomendable iniciar dosis bajas de ácido acetilsalicílico (100 mg/día) para la prevención de preeclampsia y las complicaciones relacionadas.

nadas, en aquellas pacientes antes de las semanas 16 de gestación y que presenten factores de riesgo para el desarrollo de preeclampsia.

.- En mujeres con historia de preeclampsia de aparición temprana (menos de 34 semanas) en embarazos previos se recomienda recibir bajas dosis bajas de ácido acetilsalicílico (100mg/día) diarias antes de las semanas 16 de gestación, por las noches.

DX DE PREECLAMPSIA:

- .- Cuando se sospecha de preeclampsia se sugieren pruebas sanguíneas y en orina a fin de detectar daño a órganos blanco que incrementen el riesgo de pronóstico adverso.
- .- Se recomienda clasificar como Preeclampsia o preeclampsia con datos de severidad con base a los establecido por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos.
- .- Vigilancia estrecha de PA monitoreo
- .- BH completa
- .- Interrogatorio y exploración física de epigastralgia o hepatalgia, datos de vasoespasmo, Ácido Úrico.
- .- Medición de funcionamiento renal
- .- Vigilancia Cardiorespiratoria
- .- Confirmar o descartar proteinuria mediante cuantificación de proteínas en orina de 24 hrs y/o cociente proteínas urinarias/creatinina urinaria es una muestra asilada si se requiere hacer Dx de proteinuria significativa inmediato.
- .- Transaminasas hepáticas, bilirubinas, INR y Fibrinógeno
- .- Ultrasonido obstétrico para evaluar crecimiento fetal y líquido amniótico si las condiciones maternas lo permiten.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO:

! Si la HTA ocurre después de la semana 20 del embarazo se deben investigar signos y síntomas de preeclampsia. La evaluación y manejo debe realizarse en el segundo y tercer nivel de atención.

- .- ameritan hospitalización urgente aquella paciente que presente: HTA severa, dolor en epigastrio, dolor en hipocondrio derecho, náusea y vómito, aun cuando no se demuestre de manera inmediata proteinuria.
- .- No se recomienda el uso de dietas restringida en calorías, libre de sal como parte del tratamiento de la paciente que cursa con Preeclampsia

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

- .- Sin datos de severidad

Terapia antihipertensiva para mantener la presión Diastólica entre 105 y 80 mmHg y sistólica entre 155 a 130 mmHg.

En mujeres la terapia antihipertensiva para mantener la PS entre 139 a 130 mmHg y la PD entre 89 y 80 mmHg.

- .- Mantener la PA entre 155 a 130 mmHg y la Diastólica entre 105 y 80 mmHg

- .- Cuando se considere el uso de terapia antihipertensiva oral, los fármacos recomendados:

Metildopa

Labetalol

Hidralazina

Antagonistas de Calcio (nifedipino)

Bloqueadores Beta (metoprolol o propranolol)

- .- Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y los bloqueadores no están recomendados durante el embarazo.

- .- El atenolol, el prazosin y los diuréticos no están recomendados durante el embarazo, ya que incrementan el riesgo de muerte fetal y bajo peso para la edad gestacional.

- .- Con datos de severidad

- .- Se recomienda al hospitalizar a la paciente con embarazo y preeclampsia con datos de severidad e iniciar tratamiento antihipertensivo con:

Nifedipina en cápsulas de acción corta

Hidralazina parenteral intravenosa (IV)

Labetalol intravenoso (IV) en caso de contar con él

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU)

(((:Infección del Tracto Urinario (ITU)

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 bajaas recurrente es definida como 3 o más episodios en los últimos 12 meses o dos episodios en los últimos 6 meses.

DX CLÍNICO: Se estima que en primer nivel de atención la probabilidad de bacteriuria en mujeres adultas, sin otra enfermedad y con algún otro síntoma de IVU aguda está entre 50-80%. Los síntomas con mayor sensibilidad (síntomas clásicos de infección de vías urinarias son:

- 1.- Disuria
- 2.- Plaquiuria
- 3.- Urgencia miccional

Si existe solo disuria la probabilidad de infección de vías urnarias es 25%.

Si existen 2 o más des estos síntomas, la probabilidad se elva a 90% y están indicado el tratamiento emérico antibiótico. Si ademas de estos síntomas se presentan síntomas vaginales (leucorrea, prurito vaginal, etc!) la probabilidad disminuye a 25%, son probables otros padecimiento como enfermedades de transmisión sexual (ETS) y vulvovaginitis usualmente causada por candida.

PRUEBAS DIAGNOSTICAS:

- .- Utilizar el examen microscopicos de orina solo cuando el cuadro clínico es dudoso y la tira reactiva es negativa.
- .- La detección de infección de vías urinarias en la mujer no gestante y asintomática no se recomienda.
- .- El examen con tira reactiva para esterasas leucocitaria y nitritos e la prueba más económica y con mejor sensibilidad para el diagnóstico. Sin embargo la presencia de 2 o más de los síntomas clásicos de IVU

tienen mayor sensibilidad que cualquiera de estos estudios.

.- Ante cuadro clínico de 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.

.- Ante cuadros dudosos de infección de vías urinarias como por ejemplo un solo síntoma y sin sintomatología vaginal, indicar examen con la tira reactiva. Si el resultado es positivo, tratar; si es negativo realizar examen pélvico, considerar examen microscópico de orina o cultivo, evaluar diferir el tratamiento hasta asegurar el diagnóstico.

TRATAMIENTO:

.- En mujeres con signos y síntomas de infección de vías urinarias baja y sin probabilidad de bacteriuria de otro origen debe manejarse con antibiótico,

.- El ACOG, 2008, las GPC de University of Michigan Health System, 2005 GPC IMSS, 2003, recomiendan como tratamiento de primera línea Trimetoprim-sulfametoxazol TMP/SMZ (160/800 dos veces al día por 30 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),

.- Las mujeres con IVU bajas a quienes prescribe nitrofurantoína se debe aconsejar no tomar medicamentos alcalinizantes e ingerir acidificantes de la orina como el jugo de arándano.

.- En los pacientes que no responden al tratamiento con TMP y 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 resistencia.

DX, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO CISTOURETERITIS DEL TRACTO URINARIO BAJO

EL tratamiento ambulatorio está indicado en los casos sin respuesta inflamatoria sistémica y en quienes se asuma que cumplirán que en el tratamiento.

Mujeres no gestantes con síntomas y signos de pielonefritis aguda no complicada deberán ser tratadas con ciprofloxacina por 7 días Si no hay respuesta en 24 hrs. hospitalizar.

Antes de iniciar el antibiótico se debe tomar un urocultivo y posteriormente corregir el tratamiento con resultados en caso necesario. Si el paciente tiene síntomas de afección sistémica enviar al hospital.

Las mujeres severamente enfermas, con comorbilidad, sin vía oral o incapaces de seguir el tratamiento ambulatorio deberán hospitalizarse y recibir tratamiento empírico con antibióticos parentales de amplio espectro. El conocimiento de resistencia antimicrobiana específica en la comunidad debe guiar el tratamiento. Se debe tomar el cultivo antes del tratamiento y modificarlo si es necesario.

Si por tinción de gram se determina que el germen involucrado es gram + ampicilina o amoxicilina son adecuadas. Gram positivo en racimos (probable estafilococo) puede ser tratado inicialmente con cefalosporinas. En los demás casos las betalactamasas no se recomiendan.

El fármaco de primera línea son las quinolonas por 14 días.

En los lugares con resistencia baja a TMP/SMZ es una alternativa aceptable.

En todos los casos, ya sea que el paciente se hospitalice o no se debe completar 14 días de tratamiento. Los estudios por imagen en pielonefritis no complicada no son necesarios.

Además de datos típicos de IVU bajas, fiebres y dolor en fosa renal dolorosa; y aunque menos frecuente, la pielonefritis se puede presentar también sin datos de IVU bajas manifestándose solo la fiebre, dolor de fosa renal y dependiendo de la severidad náusea, vómito etc. EN pacientes que no presenten cuadro severo o comorbilidad y que tenga vía oral aceptable, se debe informar al paciente de ries-

go y beneficios del tratamiento ambulatorio comparado con el hospitalario , y si su estado físico lo permite y el paciente está de acuerdo se dará tratamiento ambulatorio con seguimiento a las 48 y 72 horas; tomar cultivo e iniciar tratamiento con ciprofloxacina con 500 mg cada 12 hrs. por 14 días, tomar un cultivo control 2 semanas después de haber terminado el tratamiento . Vigilar evolución a las 48 a 72 hrs. Segunda elección TMP SMX (160/800 mgrs.) cada 12 hrs. por 14 días .

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 las 7 a 14 días post-tratamiento . En los casos que persista bacteriuria asintomática no dar tratamiento .

Recordar que si la disuria es muy importante se puede suplementar el tratamiento con fenzopiridina durante las primeras 48 horas .

Las mujeres no embarazadas con bacteriuria asintomática no requiere tratamiento antibiótico.

Las mujeres ancianas (mayores de 65 años) no deben recibir tratamiento antibiótico para la bacteriuria asintomática .

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 .

Síntomas y signos clínicos no son recomendados para predecir IVU sintomática en pacientes con sondas vesical.

No debe realizarse examen microscópico de orina para el diagnóstico de IUUV en pacientes asintomáticos .

La tira reactiva no debe utilizarse en el diagnóstico de IVU en