



COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA OBTENCION DEL GRADO
ACADÉMICO DE OBSTETRIZ.

TEMA:

“INFECCION DE VIAS URINARIA DEL EMBARAZO”

AUTOR:

LEXI XIMENA GARCIA SANTOS

TUTOR:

DR. MARLON EDUARDO MARTINEZ ALVAREZ.

BABAHOYO - LOS RÌOS

2019

ÍNDICE GENERAL.

	Pag.
ÍNDICE GENERAL.....	I
Título del Caso Clínico.....	III
INTRODUCCIÓN.....	IV
MARCO TEÓRICO.....	1
Justificación.....	23
Objetivos.....	24
Objetivo general.....	24
Objetivos específicos.....	24
Datos generales.....	25
METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.....	26
Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.....	26
Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	27
Examen físico (exploración clínica).....	27
Información de exámenes complementarios realizados.	27
Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	28
Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	28

	29
Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	29
Seguimiento.....	30
Observaciones.....	30
CONCLUSIONES Y RECOMERDACIONES	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
ANEXOS	33

DEDICATORIA

Quiero dedicar el presente caso clínico a DIOS, por brindarme sus bendiciones, fortalezas y sabiduría; en gran parte a mi padre y a mi madre por su apoyo incondicional tanto económico como moral, para así poder culminar con éxito cada una de las metas que me he propuesto.

A mis hijas por su paciencia, a mi hijo por esos días de ausencia y al padre de mi hijo por ser un pilar fundamental para poder culminar esta etapa

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme sabiduría y brindarme la oportunidad de poder estar aquí compartiendo con ustedes los proyectos que tengo en mente para mi futuro.

Mis más fervorosos y sinceros agradecimientos van dirigidos a:

A mis Padres por haberme dado la vida, a mis hijos por su paciencia y al padre de mi hijo que sin su motivación no hubiera llegado a esta etapa ; he culminado etapas muy importantes en mi vida y estoy a punto de comenzar una nueva, la que tendré que afrontar responsabilidad.

La Universidad Técnica De Babahoyo por haberme abierto las puertas y poder ingresar a estudiar en la escuela de salud y bienestar en la Carrera de Obstetricia.

Agradezco a mi tutor el Dr. **Marlon Martínez**, por haberme guiado y brindado sus conocimientos en el caso clínico.

TEMA:

“INFECCION DE VIAS URINARIA DEL EMBARAZO”

RESUMEN

El Ministerio de Salud Pu (BARREIRO, 2018) (BARREIRO, 2018) (BARREIRO, 2018)blica manifiesta que la enfermedad más común en el embarazo son las infecciones de vías urinarias, las que pueden causar complicaciones en las gestantes esto se debe por diversos factores causas y desconocimiento que tienen las gestantes sobre que es una IVU, que puede ocasionar en el periodo de gestación, dado un porcentaje muy elevados de complicaciones que pueden terminar con la muerte materno infantil.

El embarazo se considera como un estado de inmunocompromiso porque se producen cambios fisiológicos como la estasis urinaria y reflujo vesico-ureteral que incrementa el riesgo de infección de vías urinaria. La infección de vías urinarias tiene variantes clínicas según la ubicación del microorganismo. El microorganismo más frecuente para esta infección es E. coli. Actualmente se realiza un cribado para bacteriuria asintomática durante los controles prenatales y detecta el 40 a 70% de los casos. Las guías clínicas determinan que el tratamiento antibiótico disminuye el riesgo de parto pretérmino y bajo peso al nacer. El MAIS recomienda optimizar y proveer atención de primer nivel a la mujer embarazada.

Se reportó una prevalencia del 31,96% de infección de Vías urinarias en mujeres embarazadas que comparada con la literatura científica esta prevalencia es alta en relación a países desarrollados e igual en países cuyas costumbres y cultura son similares al Ecuador. Dentro del esquema antibiótico utilizado en el Centro de Salud para el tratamiento de infección de vías urinarias en mujeres gestantes se encontró el uso de Nitrofurantoína, Cefalexina, Amoxicilina + Acido clavulánico y Ciprofloxacina.

Palabras Clave: Infección de vías urinarias, embarazo, E. coli, bacteriuria

Asintomática, prevalencia.

ABSTRACT

The Ministry of Public Health states that the most common disease in pregnancy is urinary tract infections, which can cause complications in pregnant women, this is due to various causes and lack of knowledge that pregnant women have about what is an IVU, which can cause in the gestation period, given a very high percentage of complications that can end with maternal and infant death.

Pregnancy is considered a state of immunocompromise because physiological changes such as urinary stasis and bladder-ureteral reflux occur that increase the risk of urinary tract infection. Urinary tract infection has clinical variants depending on the location of the microorganism. The most frequent microorganism for this infection is E. coli. Currently, screening for asymptomatic bacteriuria is performed during prenatal controls and detects 40 to 70% of cases. Clinical guidelines determine that antibiotic treatment decreases the risk of preterm birth and low birth weight. The MAIS recommends optimizing and providing first level care to pregnant women.

A prevalence of 31.96% of urinary tract infection in pregnant women was reported that compared to the scientific literature, this prevalence is high in relation to developed countries and the same in countries whose customs and culture are similar to Ecuador. Within the antibiotic scheme used in the Health Center for the treatment of urinary tract infection in pregnant women, the use of Nitrofurantoin, Cephalexin, Amoxicillin + Clavulanic acid and Ciprofloxacin was found.

Keywords: Urinary tract infection, pregnancy, E. coli, bacteriuria Asymptomatic, prevalence.

INTRODUCCION

La infección de las vías urinarias es una complicación infecciosa más común del embarazo y son un importante porcentaje de morbimortalidad tanto materna y perinatal, especialmente en los lugares de escasos recursos.

La mujer embarazada desarrolla muy fácilmente la infección de las vías urinarias (IVU) debido a los cambios, hormonales y anatómicos.

Una de las bacterias más comunes de la IVU en el embarazo es la *ESCHERICHIA COLI*.

Según la guía de práctica clínica, la relación entre la bacteriuria asintomática, parto pretermo y peso al nacimiento ha sido documentada.

Más del 27% de los partos preterminos tienen una asociación clínica con IVU, aunque la patogénesis de la contracción uterina aún no está clara.

El tratamiento adecuado para las infecciones de vías urinarias bajas requiere de un adecuado análisis de las resistencias bacterianas locales de los antibióticos, ya que esta es la principal causa de la falla terapéuticas.

La infección del tracto urinario es definida como la presencia de síntomas como urgencia, frecuencia, disuria, piuria y hematuria junto con un urocultivo de más de 100.000 unidades formadoras de colonias/ml de un solo microorganismo obtenida a través de la micción espontánea en dos muestras diferentes o más de 1.000 unidades formadoras de colonias/ml si la muestra se obtiene a través de una sonda vesical.

La infección de vías urinarias posee tres variantes clínicas según el lugar de presencia del microorganismo que son la bacteriuria asintomática, cistitis aguda y pielonefritis aguda; todas estas deben ser diagnosticadas por el médico durante los controles prenatales

La infección de vías urinarias aumenta 2,7 veces la probabilidad de que el embarazo termine por cesárea.

MARCO TEORICO

ANATOMÍA DEL SISTEMA URINARIO

El sistema urinario está formado por un el conjunto de órganos que participan en la formación, almacenamiento y la evacuación de la orina.

El sistema urinario es el encargado de eliminar todos los desechos producidos por el cuerpo humano. Este sistema esta encargados de transportar los productos químicos y el agua que el cuerpo no necesita formando así la orina la cual es vez transportada desde los riñones a los uréteres, hasta que llega a la vejiga en donde se almacenara y es expulsada por medio de la uretra al exterior.

Además este sistema elimina de la sangre desechos en especial la urea, producida por los alimentos que contienen proteínas y vegetales, como por ejemplo la carne (res, aves).

El aparato urinario está compuesto por dos riñones, dos uréteres, la vejiga, dos músculos esfínteres y la uretra.

Los riñones.-

Estos son órganos que tienen la forma de un frijol y son del tamaño de un puño aproximadamente. El riñón sano mide entre 10 y 12 cm, siendo el izquierdo discretamente mayor que el derecho. Se considera significativa una diferencia de longitud entre ambos riñones mayores de 1,5 cm. El tamaño renal se correlaciona con el peso y la talla del paciente. Se encuentran localizados cerca de la parte media de la espalda debajo de la caja torácica, estos son los encargados de eliminar de nuestro cuerpo la urea a través de nefronas el cual está formado por capilares sanguíneos llamados glomérulos y un pequeño tubo llamado túbulo renal.

La orina se forma por la urea y el agua y otras sustancias de desecho que nuestro cuerpo no los considera necesarios.

Los uréteres.-

Son dos tubos delgados que miden entre 8 a 10 pulgadas de largo, por los cuales se transporta la orina desde los riñones hasta llegar a la vejiga. Los músculos que se encuentran en las paredes de los uréteres se contraen y se relajan para así poder forzar la orina hacia abajo y fuera de los riñones. Si la orina es retenida o esta no puede ser eliminada esto puede provocar una infección renal que es una complicación mucha más grave. Se estima que alrededor de cada 10 a 15 segundos, se eliminan pequeñas cantidades de orina que se vacían en la vejiga desde los uréteres.

La vejiga.-

Es un órgano muscular hueco musculo-membranoso que tiene la forma de un globo, esta se encuentra situada en la excavación de la pelvis. Por delante está fijada al pubis, por detrás limita con el recto, con la parte superior de la próstata y las vesículas seminales en el hombre, y con la vagina en la mujer. Por arriba está recubierta por el peritoneo parietal que lo separa de la cavidad abdominal, y por abajo limita con la próstata en el hombre y con la musculatura perineal en la mujer. La vejiga cumple la función de almacenar la orina hasta que sea eliminada, dicha capacidad fisiológica de la vejiga urinaria o hasta que aparece el deseo de orinar oscila entre los 250 a 300 centímetros cúbicos. Y puede aumentar de 2 a 3 litros en caso de retención aguda de orina.

La vejiga tiende a tomar diferentes formas como por ejemplo cuando esta se encuentra llena se torna redonda y cuando esta se encuentra vacía se torna pequeña.

Esfínteres.-

Son músculos redondos que cumplen una función primordial la cual es ayudar a evitar el goteo de orina, ya que estos se cierran con mucha fuerza como una goma elástica que se encuentra alrededor de la abertura de la vejiga en la uretra. Los nervios que se encuentran en la vejiga ayudan a enviar señales las cuales provocaran que exista ganas de vaciar la orina que se encuentra almacenada en la vejiga. La sensación de orinar se hace mucho más fuerte cuando la vejiga continúa llenándose hasta que esta alcanza el límite, y es ahí cuando los nervios de la vejiga van a enviar señales nerviosas hacia el cerebro que nos indicará que la vejiga se encuentra llena, y se intensificará el impulso de vaciar la vejiga.

Al momento de orinar el cerebro enviará señales a los músculos de la vejiga para que estos se aprieten y se relajen y así poder expulsar la orina de la vejiga por medio de la uretra. Cuando todas las señales ocurren en el orden adecuado, se produce la micción (acto de orinar) normal.

La uretra femenina

Es un conducto que llega a medir de 3 a 4 cm. de longitud cuya función es conducir la orina que se encuentra contenida en la vejiga al exterior por medio de la micción.

FISIOLOGÍA.-

La formación de la orina se da por tres etapas:

La filtración glomerular.-

Esta es la etapa inicial en la cual se forma la orina, y esta consiste en permitir el paso de una parte del plasma sanguíneo que se encuentra circulando por los capilares glomerulares del riñón hacia el espacio capsular de Bowman,

atravesando la membrana de filtración. Los elementos formes que se encuentran en la sangre tales como los hematíes, leucocitos y plaquetas, así también tenemos las proteínas plasmáticas no pueden atravesar la membrana de filtración, es por esta razón que la primera orina que se recoge en el espacio de Bowman tiene una composición similar a la del plasma sanguíneo, a excepción de las proteínas.

Para que se dé la etapa de filtración glomerular debe haber una presión sanguínea alta en los capilares glomerulares y esta debe ser igual o superior a los 60 mmHg, caso contrario no existirá el paso de agua y solutos a la capsula de Bowman.

La reabsorción tubular.-

Esta es la segunda etapa en la que se produce el retorno de gran parte del filtrado al torrente sanguíneo como el agua, la glucosa, los aminoácidos, las vitaminas, partes de la urea y los iones de sodio, potasio, calcio y cloro que son sustancias esenciales para el cuerpo. En el motor de la absorción tubular la gran parte del filtrado se da gracias a la función que cumple las bombas de sodio/potasio (ATPasa de Na^+/k^+) que se encuentran ubicadas en la cara basal de las células tubulares.

Las bombas de Na^+/k^+ crean un flujo de sodio desde el filtrado hacia los capilares que directa o indirectamente propiciarán la reabsorción de todo lo demás.

En esta etapa la reabsorción del 99% del filtrado sucede en el túbulo renal en el segmento contorneado proximal (un 80% aprox.) mientras que el volumen y composición de la orina se da en el túbulo contorneado distal y colector.

La secreción tubular.-

Esta es la etapa final en la cual se eliminan los desechos del cuerpo, entre las cuales tenemos a las principales sustancias secretadas son H^+ , K^+ y NH_4^+ , creatinina y ciertos fármacos como la penicilina.

INFECCIÓN URINARIA

La infección urinaria o también conocida como infección del tracto urinario (ITU) es causada generalmente por las bacterias que afectan tanto a la uretra como a la vejiga, y a su vez estas se pueden extender hacia los uréteres y riñones causando complicaciones más graves. La infección de vías urinarias, constituye una de las infecciones más frecuentes que ocurren en la etapa del embarazo con una incidencia aproximada del 5% al 10% y esto ocurre debido a que las mujeres en esta etapa del embarazo tienden a sufrir diferentes cambios tanto hormonales, como anatómicos lo que conlleva a que sean más propensas a sufrir una infección.

Etiopatogenia.-

Los microorganismos que con más frecuencia provocan una infección de vías urinarias son las Enterobacterias, entre las cuales la más común tenemos en un 80% a la E. coli que es una bacteria Gram negativa, la Klebsiella spp, Proteus mirabilis, Enterobacter spp, así también tenemos: el Streptococcus del grupo B y Staphylococcus coagulasa negativo. Otros organismos que son menos comunes pero que también pueden ocasionar infecciones urinarias tenemos a la Gardnerella vaginalis y Ureaplasma ureolyticum.

Las infecciones urinarias son consideradas como un problema mucho más frecuente en la mujer que en el varón. Esta tendencia tiene varias explicaciones entre las cuales tenemos que:

La uretra femenina es mucho más corta en comparación con la del varón.

La uretra se encuentra muy cerca de la vagina que a su vez esta puede estar colonizada por varios gérmenes.

Se encuentra muy próxima al ano y si no existe un aseo adecuado las bacterias pueden ingresar fácilmente al sistema urinario.

También se incrementa la susceptibilidad en determinadas condiciones como la diabetes, prolapsos (salida de algún órgano como la vejiga hacia el exterior del cuerpo), incontinencia urinaria entre otros.

Algunas mujeres presentan esta infección varias veces lo cual, si pasan meses o años sin tratar esta infección, los riñones pueden lesionarse y traer consigo complicaciones graves.

EMBARAZO DEFINICIÓN:

“Se define el embarazo como el periodo de tiempo comprendido desde la fecundación del ovulo hasta el parto y su duración aproximada es de 280 días, (de 37 a 40 semanas)”.

Es el proceso fisiológico de formación y desarrollo de un nuevo ser en el interior del organismo de una mujer, también llamado gestación, es casi siempre, un acontecimiento normal y saludable que se inicia después de una relación sexual o bien a partir de técnicas de reproducción asistida, que han supuesto un cambio conceptual importante con respecto a la consecución y el inicio de un embarazo.

El embarazo humano dura un total de 40 semanas, equivalente a 9 meses calendario. En las primerizas, como se denomina a las mujeres que darán a luz por primera vez y en las que no, pero existen menos probabilidades, el primer trimestre de embarazo resulta ser el más riesgoso por la posibilidad de pérdida del mismo (aborto espontáneo). En tanto, una vez ya en el tercero comienza el punto de viabilidad del feto, esto significa que él bebe ya es capaz de sobrevivir extrauterinamente sin necesidad de soporte médico. Si bien los medios técnicos disponibles difieren en función de los recursos y de factores sociales, se estima que un feto de 24 a 26 semanas estaría en condiciones de sobrevivir con los cuidados médicos apropiados.

Estos niños se denominan prematuros extremos. En cambio, los prematuros con algo más de edad gestacional (30 o más semanas) podrían sobrevivir con menor nivel de complejidad asistencial, siempre y cuando los pulmones hayan alcanzado la madurez necesaria.-

Los síntomas más recurrentes y normales que anticipan o anuncian este momento tan esperado por las parejas que deciden tener hijos son la ausencia del periodo menstrual o amenorrea, hipersensibilidad en los pezones, aumento de tamaño de las mamas, somnolencia, vómitos matutinos, mareos, cambios a la hora de percibir los olores que se acostumbraba y la necesidad de ingerir determinado tipos de comidas o alimentos, lo que más comúnmente se conoce como antojos. El diagnóstico profesional del embarazo se realiza en las primeras etapas de la amenorrea por medio de la determinación de una hormona, llamada gonadotropina coriónica, mediante los conocidos kits.

Cambios fisiológicos durante el embarazo.

El embarazo favorece la aparición de infecciones urinarias debido a una serie de cambios fisiológicos que genera en el tracto urinario, ayudando a que estas presenten también una mayor recurrencia, persistencia, y evolución a formas más sintomáticas. Estos cambios son influidos en gran parte por los cambios hormonales generados con el embarazo (la progesterona relaja el tono del músculo liso, así como la contractilidad de este, influyendo en la dilatación y peristaltismo ureteral).

A continuación, se enuncian algunos de los más importantes:

Dilatación ureteral, que suele ser bilateral progresiva y habitualmente asimétrica. Se acompaña en ocasiones de una dilatación de la pelvis renal.

Reflujo vesicoureteral, favorecido por la disminución del peristaltismo ureteral y del tono del esfínter.

Mayor residuo posmiccional, favorecido por la compresión uterina de la vejiga.

Aumento del filtrado glomerular, con aumento de la glucosuria, amnioaciduria y elevación del pH urinario.

INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL EMBARAZO.

Se dice que es algo normal tener al menos un episodio de infección urinaria durante el embarazo, ya que las alteraciones que ocurren en el organismo de la mujer en estado gestacional, ayudan a favorecer el desarrollo de bacterias en el tracto urinario. Las mujeres tienen un alto porcentaje de infecciones urinarias, entre el 15 al 20 %. La incidencia de ITU en mujeres embarazadas es del 5-10 %, aunque varía según la población estudiada.

Si una mujer embarazada no es tratada adecuadamente para contrarrestar la infección esta puede continuar agravándose y causar algunos riesgos para el recién nacido causando por ejemplo el parto prematuro o incluso puede provocar un aborto.

Por lo tanto, siempre hay que tomar en cuenta que si una mujer tiene algún signo de incomodidad al momento de orinar, es muy importante que la embarazada consulte al obstetra o al ginecólogo para que se realice un examen de orina e identificar las causas de la infección y así iniciar el tratamiento de inmediato si este lo cree necesario.

Factores de riesgo.-

Además de los cambios fisiológicos, existen factores de riesgo relacionados con el desarrollo de ITUs.

Algunos de ellos son:

Historia de ITUS de repetición.

Presencia de litiasis.-

Malformaciones urológicas maternas.-

Multiparidad.-

Infecciones de transmisión sexual.-

Presencia de reflujo vesicoureteral.-

Insuficiencia renal.-

Inmunodepresión.-

Diabetes Tipo I y II.-

Anemia de células falciformes.-

Vejiga neurógena.-

Nivel socioeconómico bajo.

Etiología.

Los gérmenes causantes de las infecciones del tracto urinario en gestantes son, en la mayoría de los casos, los mismos que en las mujeres no embarazadas. Predominan los bacilos gramnegativos (90%, habitualmente procedentes de la flora enterobacteriana), aunque también pueden causarlas cocos grampositivos, especialmente en mujeres jóvenes sintomáticas. También pueden ser causantes otros gérmenes como *Gardnerella vaginalis* o *Ureaplasma*.

Los más representativos son:

Bacilos gramnegativos: *Escherichia coli* (80-90% de los casos) es el mayoritario, seguido de *Klebsiella pneumoniae* y *Proteus mirabilis*.

Cocos grampositivos: *Staphylococcus saprophyticus*, *Streptococos* del grupo B. También *Enterococcus spp* o *Streptococcus agalactie*.

Otros: *Gardnerella vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*.

Vías de diseminación de la infección urinaria.-

1.-Vía ascendente.-

Las bacterias pasan del ano a la zona periuretral y de uretra a vejiga, ya que la uretra femenina es más corta.

2.-Vía hematógica.-

La infección del parénquima renal por organismos presentes en la sangre no es infrecuente. Es habitual que se produzcan abscesos renales en pacientes con bacteriemia o endocarditis por *Staphylococcus aureus*.

3.-Vía linfática.-

Las evidencias experimentales sugieren la posible propagación de infecciones bacterianas a lo largo de conductos linfáticos, vinculando el intestino y el tracto urinario. El análisis de la fisiopatología de las infecciones urinarias debe incluir tres aspectos fundamentales: la vía de producción de la infección, las características bacterianas que la permiten y los factores imputables del huésped". (Lovesio, 2011)

Las infecciones urinarias se caracterizan por su frecuencia y también por su variedad, que va desde la simple colonización al shock séptico. Constituyen la segunda causa de infecciones bacterianas comunitarias y afectan sobre todo a la mujer, con picos de frecuencia al comienzo de la actividad sexual, durante el embarazo y en la posmenopausia. (Leroy & Tattevin, 2012).

Es así que las infecciones urinarias (IVU), es la entidad clínica más común en las mujeres embarazadas, constituyendo una de las complicaciones infecciosas más habituales del embarazo y son responsables de un alto porcentaje de morbimortalidad; tanto materna como perinatal, especialmente en los lugares de escasos recursos.

Clasificación:

Bacteriuria asintomática

Presencia de bacterias patógenas en la orina, a un nivel significativo, en ausencia de síntomas clínicos. La frecuencia varía del 2-11%, si se incluye *Ureaplasma* y *Gardnerella vaginalis*, su frecuencia llega al 25%. La mayoría de los datos epidemiológicos referidos al embarazo muestran que la Bacteriuria asintomática durante el embarazo presenta unas cifras que no difieren significativamente de la incidencia de dicho problema en las mujeres no gestantes, pero sexualmente activas.

Cribado.- Es detectable ya en las primeras semanas del embarazo, menos del 1% de las gestantes con urocultivo negativo al comienzo de la gestación, adquieren la infección y el riesgo de aparición aumenta a lo largo de la gestación, pasando del 0,8% en la décimo segunda semana a casi el 2% al final del embarazo.

En las recomendaciones de la Sección de Medicina Perinatal de la SEGO, se aconseja realizar un cultivo de orina en la primera consulta prenatal (semana 12-16), y repetirlo en la semana 28 de la gestación. Los programas de cribado detectan un 40-70% de las gestantes que van a desarrollar alguna complicación derivada de las bacteriurias asintomáticas y en cuanto a la repercusión de la Bacteriuria asintomática hay que tener en cuenta que el 20-40% de portadoras no tratadas presentarán una Pielonefritis gravídica.

La repercusión de la Bacteriuria asintomática sobre el feto, se ha demostrado su influencia sobre el parto prematuro, subdesarrollo fetal (bajo peso al nacer y retraso del crecimiento), secuelas neurológicas y en general, aumento de la mortalidad y morbilidad perinatales.

Cistitis Aguda.

Infección urinaria que afecta a la pared vesical, que cursa con síndrome miccional sin alteración del estado general, la incidencia es del 1,5% durante la gestación y su tasa de recurrencias del 15-17%. Los casos de Cistitis aguda se presentan de modo predominante en el segundo trimestre de gestación, mientras que en la mayoría de casos de Pielonefritis aguda aparecen en el primero –tercer trimestre y casi todos los casos de bacteriuria asintomática se encuentran el primer trimestre. Los gérmenes implicados son los mismos que participan en las bacteriurias asintomáticas. En el 95 % de los casos la infección es mono-microbiana. La vía de infección más común suele ser ascendente debido a que la menor longitud de la uretra femenina facilita el ascenso de las bacterias hacia la vejiga.

Pielonefritis Aguda.

Infección del parénquima renal que se acompaña de fiebre, malestar general, dolor costo-vertebral y en ocasiones náusea, vómito y deshidratación. Aparecen a partir de la segunda mitad de la gestación, aunque un 9 % de los casos se

presentan en el primer trimestre, precedidos entre el 70 y 80 % de los casos de bacteriuria asintomática. La predisposición de las vías urinarias altas a la infección es debida al incremento de hormonas placentarias que influyen en el tono ureteropielocalicial disminuyéndolo, reduciendo su peristaltismo, por tanto atenuando el flujo urinario, aumentando la capacidad de almacenamiento de los uréteres y la pelvis renal y la mayor presentación se da entre el sexto y octavo mes de gestación. El principal agente causal es E. coli y se ha encontrado una incidencia de 1 a 4 % de los casos. Si la fiebre persiste después de un tratamiento antibiótico adecuado, se debe descartar una anomalía estructural o anatómica de momento con una ecografía renal. Una infección persistente puede deberse a una urolitiasis o con menor frecuencia a anomalías renales congénitas o a un absceso perirrenal.

COMPLICACIONES QUE PUEDEN CAUSAR EN LA PIELONEFRITIS AGUDA.

Distrés respiratorio (5%).

Lesión pulmonar aguda caracterizada por la aparición de infiltrados pulmonares difusos bilaterales, hipoxemia severa resistente a la oxigenoterapia y reducción importante de la distensibilidad pulmonar, en ausencia de fallo ventricular izquierdo.

“Las causas obstétricas incluyen la preeclampsia, pielonefritis aguda, la amnionitis-endometritis, la hemorragia obstétrica, aumenta el riesgo si se asocia a tocolisis con Ritodrine o Sulfato de magnesio”

Se debe vigilar el balance hídrico, evitando sobrecarga. En el 15% de los casos es necesaria la ventilación mecánica.

Disfunción renal transitoria (15-20 %).

Síndrome grave caracterizado por reducción súbita de la función renal, se da cuando aparece un aclaramiento de creatinina < 80 ml/min.

Complicaciones urinarias.-**Absceso renal/perinefrítico:**

Son una grave complicación de las infecciones del tracto urinario va a formarse por vía hematógena en pacientes con sepsis por estafilococo aureus (endocarditis, abuso de drogas i. v.), en cuyo caso suelen ser corticales. Lo más frecuente es que se trate de una infección ascendente por Gram negativos, en pacientes con anomalías o cuerpo extraño en la vía urinaria (obstrucción, vejiga neurógena, o cálculos). Los abscesos pueden abrirse al espacio perinéfrico o a la vía urinaria puede ser sugestiva la presencia de fiebre, leucocitosis o dolor tras 5 días de tratamiento. El tratamiento consiste en el drenaje percutáneo o quirúrgico.

Litiasis coraliforme:

Litiasis que forma un molde de la vía urinaria en la pelvis renal y al menos en parte de uno de los grupos calichares estos cálculos comprometen la función renal por un fenómeno obstructivo e infeccioso.

Pielonefritis enfisematosa:

Se da de forma exclusiva en pacientes diabéticos. Aparecen áreas de necrosis y gas en el parénquima renal. El germen más habitual es el *E. Coli*. El hallazgo radiológico típico es la presencia de gas intrarrenal o perirrenal en la TAC. Su resolución requiere tratamiento antibiótico intensivo y drenaje quirúrgico o nefrectomía.

Anemia hemolítica (25-30%):

Secundaria a hemólisis por endotoxinas. En 2/3 de los casos, el hematocrito es inferior a 30%, por lo que se debe valorar incluso la transfusión, ya que la anemia severa compromete la recuperación y la eficacia de los fármacos.

Septicemia (15%):

El 1-2% de los casos evolucionan a choque séptico (Pigrau, 2013).

CUADRO CLÍNICO

Las infecciones a las vías urinarias pueden presentar síntomas como la disuria, sensación de ardor al orinar, poliuria, hematuria, dolor en el bajo vientre, dispareumia, escalofríos, fiebre, sudoración profusa, incontinencia, nicturia, proteinuria, orina turbia de mal olor.

a. Bacteriuria asintomática: Presencia de bacterias en orina detectadas por urocultivo (más de 100.000 unidades formadoras de colonias/ml sin síntomas típicos de infección aguda del tracto urinario que tiene como complicación más significativa el desarrollo de pielonefritis. -

b. Cistitis aguda: Presenta clínica miccional de aparición repentina: disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, dolor retro o suprapúbico y en la uretra durante o después de la micción. La orina suele ser de aspecto turbio (presencia de leucocitos) y con poso purulento (leucocitos en gran cantidad o piuria). En las fases agudas puede presentar hematuria macroscópica. La hematuria microscópica aparece hasta en el 60% de las cistitis.

c. Pielonefritis: La sintomatología incluye, al margen de la clínica típica de la cistitis, alteración del estado general, fiebre alta (curso con picos debido a la liberación de toxinas y pirógenos), sudoración, escalofríos y dolor lumbar intenso

y constante. Se puede asociar con preeclampsia, hipertensión gestacional, anemia, trombocitopenia, insuficiencia renal transitoria y endometritis posparto. Las manifestaciones más graves asociadas con la pielonefritis incluyen sepsis, coagulación intravascular diseminada, y síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) mediado por endotoxinas que dañan la membrana alveolo capilar del pulmón. Se ha reportado una incidencia de SDRA en mujeres embarazadas con pielonefritis del 1 al 8%, en particular si el agente causal es la Klebsiella. Las pacientes con SDRA se presentan con disnea, taquipnea, hipoxemia e infiltrados difusos en la radiografía de tórax, durante las primeras 48 horas de la enfermedad. Los factores predictivos de injuria pulmonar incluyen taquicardia, hipertermia mayor de 39°C en las primeras 24 horas, 20 semanas de gestación, sobrecarga hídrica 3 litros, uso de ampicilina y empleo de tocolíticos agonistas en el parto prematuro.

Diagnóstico.-

Prueba básica de rutina que debe ser tomada a toda paciente embarazada. Las normas para la recogida de la orina indican tener cuidado para evitar la contaminación de la muestra. Lavado de genitales externos y manos con agua y jabón. Tomar la orina de primera hora de la mañana, separando con la mano los labios mayores, procurando que la orina salga directamente sin tocar los genitales externos. Desperdiciar la primera parte de la micción y recoger el resto directamente en un recipiente estéril. Enviar cuanto antes al laboratorio o conservar en nevera a 4 °C (máximo 24 horas), se recomienda que se tome una vez por trimestre, identifica a la bacteriuria asintomática, diagnóstica a las que presentan sintomatología y permite previa toma de urocultivo iniciar el tratamiento antibiótico mientras se tiene identificado el agente causal. Los parámetros a investigar en el examen general de orina para el diagnóstico de infecciones de vías urinarias son: pH de 6 o más, Densidad 1020 o más, Leucocituria presencia de 10 leucos por campo o más, Bacteriuria. Es un método de pruebas rápidas en una tira plástica que contiene zonas reactivas útiles para el diagnóstico de infección de vías urinarias. Esterasa leucocitaria: enzima que poseen los leucocitos; la detección inicia a partir de 10 leucocitos, la sensibilidad es de 83 % y la especificidad de 78 % Prueba de nitritos: la reducción de nitratos a nitritos

realizada por las enterobacterias tiene una sensibilidad de 53% y una especificidad de 98 %.La suma de las dos pruebas esterasa leucocitaria y prueba de nitritos alcanza una sensibilidad de 93 % y especificidad de 72 %.

Cultivo

El cultivo de orina debe realizarse dentro de la primera hora posterior a su recolección o que se mantenga en refrigeración (4°C) hasta el momento de su procesamiento, permite el aislamiento de bacterias uropatógenas que son las mayores causantes de la infección urinaria, tiene una sensibilidad de 92% y una especificidad de 99%, esta herramienta facilita la detección oportuna de Bacteriuria, Cistitis y Pielonefritis.

Se realiza para cuantificar el número de bacterias por mililitros y se expresa como unidades formadoras de colonias, la técnica de cultivo cuantitativo más utilizada es la siembra con asa calibrada, que permite depositar sobre la superficie del medio de cultivo un volumen determinado de orina.

La tinción de Gram permite detectar la presencia de bacterias y leucocitos. El uroanálisis, llamado también urograma, examen de la cinta o tirilla, es una práctica inicial de detección de los problemas del riñón y de las infecciones del tracto urinario

.

Diagnóstico de bacteriuria asintomática

Se establece mediante la realización de un urocultivo que resulte positivo. En el cultivo de orina debe existir una bacteriuria significativa, >100.000 unidades formadoras de colonias /ml de un único uropatógeno, en orina recogida por micción espontánea, o >1.000 unidades formadoras de colonias /ml si se recoge la orina por sondaje vesical o cualquier cantidad si la muestra es obtenida por punción suprapúbica. En caso de recuentos entre 10.000 y 100.000 unidades formadoras de colonias /ml o cultivos con varios microorganismos se procederá a repetir el cultivo extremando las medidas en la toma y envío de la muestra al

laboratorio. La presencia de más de una especie de bacterias, o de bacterias que normalmente no causan bacteriuria asintomática indica contaminación de la muestra.

Cistitis

El diagnóstico se basa en la clínica descrita, la ausencia de sintomatología del tracto urinario superior y apoyado en las pruebas complementarias: Sedimento urinario con leucocituria (>10 leucocitos/ml en cámara o >3-5 leucocitos/campo de 40 aumentos), Urocultivo con >1.000 unidades formadoras de colonias /ml, confirma el diagnóstico.

Pielonefritis

El diagnóstico es fundamentalmente clínico. La sintomatología incluye, al margen de la clínica típica de la cistitis, alteración del estado general, fiebre alta, sudoración, escalofríos y dolor lumbar intenso y constante. La exploración física presenta una puñopercusión lumbar homolateral positiva (hipersensibilidad del ángulo costovertebral), pudiendo ser también dolorosa la palpación de la fosa iliaca y el fondo vaginal del mismo lado. En el 90% de los casos, el lado derecho es el afectado y puede ser bilateral (25%). El diagnóstico clínico se confirma con el urocultivo con: >100.000 unidades formadoras de colonias /ml en orina de micción limpia, 1 o 2 bacterias por campo en una muestra de orina obtenida por cateterismo, o - 20 bacterias por campo en una muestra centrifugada. En el sedimento encontraremos leucocituria y pueden aparecer también cilindros leucocitarios, proteinuria y hematías. El diagnóstico diferencial debe hacerse con procesos como corioamnionitis, colecistitis, mioma degenerado, rotura de quiste de ovario y sobre todo con la apendicitis.

En todo el proceso del embarazo se deberá tener cuidado con el suministro de medicación, para este elemento la FDA (Administración de Medicamentos y Alimentos las siglas están en inglés), ha realizado una clasificación de los fármacos para tomarlos en cuenta durante la gestación, esta clasificación se

encuentra dentro de los protocolos SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) siendo estos:

Categoría A: Estudios controlados en mujeres no han demostrado riesgo para el feto en el primer trimestre (y no hay evidencia de riesgo en los últimos trimestres). La posibilidad de alteraciones fetales parece remota.

Categoría B: Estudios de reproducción en animales no han demostrado riesgo fetal, pero no hay estudios controlados en mujeres gestantes, o estudios de reproducción en animales han demostrado un efecto adverso (diferente a un descenso de fertilidad) que no ha sido confirmado en estudios controlados en mujeres gestantes durante el primer trimestre (y no hay evidencia de riesgo en los últimos trimestres).

Categoría C: Estudios en animales han revelado efectos adversos en el feto (teratogénicos, embriocidas u otros) y no hay estudios controlados en mujeres, o no hay estudios disponibles en mujeres ni en animales. Los fármacos en este grupo sólo deberán tomarse si el beneficio potencial supera el riesgo potencial para el feto.

Categoría D: Hay evidencia positiva de riesgo fetal humano pero, en determinadas circunstancias, los beneficios de su uso en mujeres pueden ser aceptables a pesar del riesgo (p. ej., si el fármaco es necesario en una situación de peligro vital o para una enfermedad grave para el que el fármaco más seguro no se pueden emplear o son inefectivos).

Categoría X: estudios en animales o en humanos han demostrado alteraciones fetales o existe evidencia de riesgo fetal basado en la experiencia en humanos o ambas. El riesgo de uso de fármacos en mujeres gestantes sobrepasa claramente cualquier posible beneficio. El fármaco está contraindicado en mujeres gestantes o que puedan serlo. (SEGO, 2013).

Independientemente de la pauta terapéutica empleada, la bacteriuria recurre en el 20-30% de los casos, por eso se aconseja realizar un urocultivo de control 1 ó 2 semanas después de finalizado el tratamiento. En las embarazadas con infecciones del Tracto Urinario recurrentes por microorganismos distintos o por reinfecciones, se aconseja realizar una profilaxis antibiótica hasta el parto con Cefalexina o Nitrofurantoína. Además se recomienda practicar un cultivo de orina tras el parto.

El uso del arándano rojo americano se ha descrito que contiene proantocianidinas (PACs), que impiden que las bacterias se adhieran a las células uroepiteliales, que es donde se pueden multiplicar, sin embargo, el arándano rojo no parece tener la habilidad de liberar las bacterias que ya están adheridas a estas células.

Tratamiento preventivo en infecciones del tracto urinario recurrentes:

120mg de PAC/día durante 3-6 meses.

Tratamiento coadyuvante en el episodio agudo: 120mg de PACs/ día.

Precauciones: El arándano rojo contiene cantidades significativas de ácido salicílico, puede perjudicar a aquellos que sean alérgicos al mismo. Con respecto a la litiasis renal, algunas tabletas de extracto de arándano pueden aumentar el nivel de oxalato en la orina en un 43%, por lo que podría incrementarse el riesgo de desarrollar cálculos de oxalato cálcico. - Podría prolongar la vida media de la warfarina, (reajustar INR).

Tratamiento de pielonefritis.

Requiere hospitalización de la paciente y las medidas a tomar son las siguientes:

Valoración obstétrica:

Exploración vaginal

Test de Bishop

Monitorización de la FCF

Dinámica uterina si fuera preciso y exploración ecográfica para valorar el estado fetal. –

Hemograma (suele cursar con leucocitosis y neutrofilia)

Proteína C reactiva

Función renal y electrolitos.

Urocultivo.

Monitorización periódica de constantes vitales. –

Hidratación intravenosa para conseguir diuresis >30 ml/hora y evaluación del balance hídrico.

* Si la fiebre ha descendido, a las 48-72 horas se pasará el mismo antibiótico a vía oral (según el resultado del antibiograma), hasta completar 14 días de tratamiento.

** Si la fiebre ha descendido, a las 48-72 horas podrá pasarse a terapia secuencial con Cefixima 400 mg oral.

***Cuando persiste la fiebre tras 48 horas de tratamiento antibiótico, es conveniente realizar una ecografía renal para descartar una obstrucción de la vía urinaria o un absceso renal o perinefrítico. Al ingreso, la ecografía no suele modificar la actitud terapéutica. Una vez la paciente apirética, podremos valorar el alta hospitalaria y completar de forma ambulatoria el tratamiento durante 14 días. Se debe hacer un urocultivo de control 1-2 semanas tras finalizar el tratamiento y luego mensualmente hasta el parto.-

Complicaciones en el embarazo

FUNDAMENTACIÓN LEGAL.-

Constitución de la República Del Ecuador:

Art. 32 “**La salud** es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos, y otros que sustenten el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, **educativas** y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y **atención integral de la salud, salud sexual y salud reproductiva**. La prestación de los servicios de salud se regirá a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”

Plan Nacional del Buen Vivir:

Objetivo 3: “La salud se plantea desde una mirada intersectorial que busca garantizar condiciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades que garanticen el adecuado fortalecimiento de las capacidades de las personas para el mejoramiento de su calidad de vida. Se incluyen los hábitos de vida, la universalización de servicios de salud, la consolidación de la salud intercultural, la salud sexual y reproductiva, los modos de alimentación y el fomento de la actividad física.”

JUSTIFICACION

El presente trabajo pretende analizar la principal causa de las infecciones de vías urinarias en el embarazo. Se justifica la elaboración del presente estudio debido a que la infección de vías urinarias en el embarazo se relaciona con una alta morbimortalidad tanto materna como perinatal

Por lo tanto, es importante establecer una línea de base de trabajo en la que se conozca de manera real las causas que conllevan al problema y de esa manera se puedan identificar los factores de riesgo antes de que se genere esta infección para de esta manera mitigar los efectos en la morbi - mortalidad materna perinatal que produce las infecciones de vías urinarias en el embarazo implementando programas para su manejo.

Al concluir este trabajo quedara la información disponible para contribuir de alguna u otra manera la importancia de las infecciones de vías urinarias en el embarazo.

Objetivos.**Objetivo general.**

Determinar la causa de la infección de vías urinaria en la mujer embarazada hospitalizada en el HOSPITAL GENERAL LEON BECERRA CAMACHO MILAGRO en la fecha de 06/05/2018.

Objetivos específicos.

1. Prevenir, valorar, diagnosticar y frecuentar oportuna y correctamente las infecciones en el embarazo para evitar complicaciones materno-perinatales.
2. Identificar los signos y síntomas de la infección de las vías urinarias en el embarazo.
3. Obtener un parto a término de manera oportuna con buenos resultados tanto materno-perinatales.

Datos generales.

NOMBRES COMPLETOS:	NN
EDAD:	31Años
SEXO:	femenino
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:	09/09/87-LOS RIOS BABAHOYO
AREA DE PROCEDENCIA:	URBANA
ESTADO CIVIL:	UNION LIBRE
HIJOS:	2
NIVEL DE ESTUDIOS:	SECUNDARIA
NIVEL SOCIOCULTURAL/ECONOMICO:	MEDIO
RAZA:	Mestiza
RELIGION:	Católica
OCUPACION:	ESTUDIANTE
CONYUGUE:	NN
OCUPACIÓN CONYUGE:	PROFESOR DE ATLETISMO
EDAD CONYUGE:	42años

INGRESO TOTAL MENSUAL:	\$400
-------------------------------	-------

2 METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

Multigesta de 31 años, procedente de Babahoyo acude por emergencia por presentar dolor lumbar que irradia en hipogastrio de fuerte intensidad y refiere movimientos fetales presente, de 12 días de evolución.

Antecedentes patológicos personales:

No refiere

Antecedentes Gineco obstétricos:

Fum: 25/08/2017

Menarquia: 13 años

Inicio de vida sexual: 14 años

Antecedentes quirúrgicos: 3 cesáreas

Antecedentes familiares:

Paternos: no refiere

Maternos: no refiere

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).

Presenta disuria, dolor lumbar de fuerte intensidad de 12 días de evolución.

2.3 Examen físico

Cabeza: normocéfalo

Cuello: sin adenopatías

Tórax: simétrico, buena expansibilidad, latidos cardiacos 80pm, no soplos. Mamas normales turgentes simétricas.

Examen Gineco Obstetrico

Abdomen: útero grávido altura de fondo uterino 32 cm, presentación cefálica longitudinal, dorso izquierdo

Actividad uterina: 3/10/20

Pelvis:

-A la especuloscopia: no se evidencia salida de líquido amniótico

-Al Tacto vaginal: entreabierto

Borramiento: 10%

Extremidades superiores normales, e inferiores con edema tipo 2.

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

EXÁMENES DE LABORATORIO

Biometría hemática: leucocitos 26.00ul, glóbulos rojos 3.92 ul, hematocrito 36%, Hemoglobina:11.5gr/dl, plaquetas: 200ul, neutrófilos 65.7%, linfocitos 26.7%, eosinofilos 1.4%, basófilo 0.2%, grupo O Rh+, HIV negativo, VDRL negativo

Química Sanguínea: glucosa 88 mg/dl, urea 11.4mg/dl, creatinina 0.52mg/dl, ácido úrico 1.02 mg/dl, bilirrubina directa 0.12 mg/dl, bilirrubina indirecta 0.49 mg/dl, bilirrubina total 0.9 mg/dl, TGO 30 u/l, TGP 32 u/l

ECOGRAFIA OBSTETRICA

Producto único de sexo masculino, cefálico dorso izquierdo, latidos cardiacos presente

Índice de Líquido Amniótico normal

Dx: embarazo de más o menos 36 semanas de gestación

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

2.5.1. DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

Embarazo de 36 semanas de gestación +amenaza de parto pretermino +cup 3

2.5.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Embarazo de 36 semanas de gestación +amenaza de parto pretermino + cup 3

2.5.3. DIAGNOSTICO DEFINITIVO.

Embarazó de +/- 36 semanas + amenaza de parto pretermino + infección de vía urinarias + cup 3.

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

Paciente refiere dolor de tipo lumbar de fuerte intensidad de 12 horas evolución, se realiza monitoreo fetal, el cual indica contracciones de 3/10/20 ,se aplica 60 mg de ketorolaco IM stat, 20 mg de nifedipino , exámenes de laboratorio: BHC, bioquímicos, pruebas hepáticas y de coagulación,

2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

A las 2h se reciben exámenes complementarios con los siguientes resultados.

EXÁMENES DE LABORATORIO

Biometría hemática: leucocitos 26.00ul, glóbulos rojos 3.92 ul, hematocrito 36%, Hemoglobina:11.5gr/dl, plaquetas: 200ul, neutrófilos 65.7%, linfocitos 26.7%, eosinófilos 1.4%, basófilo 0.2%, grupo O Rh+, HIV negativo, VDRL negativo

Química Sanguínea: glucosa 88 mg/dl, urea 11.4mg/dl, creatinina 0.52mg/dl, ácido úrico 1.02 mg/dl, bilirrubina directa 0.12 mg/dl, bilirrubina indirecta 0.49 mg/dl, bilirrubina total 0.9 mg/dl, TGO 30 u/l, TGP 32 u/l.

Ecografía obstétrica

Producto único de sexo masculino, cefálico dorso izquierdo, con frecuencia cardiaca fetal de 150 latidos x minutos

Líquido Amniótico normal

Dx: embarazo de más o menos 36 semanas de gestación

Indicaciones médicas al momento del ingreso.

Médico de guardia decide el ingreso por que no hay cese de las contracciones y por tener 3 cesáreas anteriores puede presentar rotura uterina y sufrimiento fetal, pasa a quirófano para la culminación del embarazo por cesárea de emergencia.

Se prescribe: continuar con solución salina, antibioterapia, se prepara para la cesaría de emergencia + salpingectomia parcial bilateral

2.8 Seguimiento.

Pasa a sala de reposo y continuar con antibioticoterapia

1. Control de score mama cada 12 horas.
2. Dieta líquida en las 24 horas de hospitalización.
3. Control de loquios.
4. cuidados de enfermería.

Al momento del ingreso se comunica a usuaria y familiares sobre el estado de salud, se solicita consentimiento informado para su ingreso aceptando evoluciono favorablemente al tratamiento instaurado y recibe alta hospitalaria a los 2 días de su ingreso, y seguimiento por consulta ext5erna en su centro de salud.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La infección de vías urinarias es una de las primeras causas de parto pretermino con trabajo de parto del mundo y de mortalidad perinatal significativa.

La causa principal de la infección de vías urinarias en el embarazo de mi caso clínico es la infección de vías urinarias a repetición (recidiva).

Los factores que se presentan y que en muchas ocasiones no son atendidos en sus inicios ya que no hay sintomatología, permiten que la infección prolifere ocasionando contracciones y amenaza de parto pretermino tanto a los factores de riesgo materno tenemos que en un 70% estas madres no cumplen con los controles prenatales necesarios para obtener un producto sano, lo que también predispone la morbilidad de este grupo prioritario.

Los signos y síntomas de la infección de vías urinarias durante el embarazo pueden ser variables y pueden diferir de la paciente no embarazada dependiendo de la etiología, así como la duración de la infección.

El personal de salud debe hacer énfasis en brindar la información a cada gestante y familiares, a cerca de los signos de alarma y las posibles causas de cada uno, las medidas oportunas que debe tomar, para actuar de manera oportuna y evitar consecuencias a corto y largo plazo materno perinatal.

Se sugiere utilización de profilaxis antibiótica con cefalexina 500 mg vo cada 6 horas x 5 días restantes, cumplir con la dieta de 40 días.

Se debe realizar control en el centro de salud.

Cada que sea posible, se le debe recalcar a las gestantes los signos de alarma en especial sangrados cefaleas alza térmica disuria y pérdidas de líquido para tener atención oportuna y evitar infecciones posteriores al embarazo.

BIBLIOGRAFIA

Fuente:https://www.fairview.org/sitecore/content/Fairview/Home/Patient-Education/Articles/Spanish/l/a/t/a/n/La_anatom%C3%ADa_del_tracto_urinario_femenino_84143_espa%C3%B1ol

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). Infección de vías urinarias en el embarazo,. Guía de Práctica Clínica, 15-33.

MSP, D. N.-M. (2013). Infección de vías urinarias en el embarazo. Guía de Práctica Clínica, 14.

MÉDICO CIRUJANO, FRECUENCIA DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN PACIENTES EMBARAZADAS INGRESADAS EN EL SERVICIO DE FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE MEDICINA, PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO AUTOR: GÓMEZ GÓMEZ LUIS ORLANDO AMBATO – ECUADOR 2019

ANEXOS



HOSPITAL BASICO "DR. NICOLAS COTTO INFANTE DE VINCES"
 SERVICIO DE ECOGRAFIA
 ECOGRAFIA OBSTETRICA

NOMBRE: *Levi Ocaso Santos*
 FUM: _____
 SOLICITADO POR: *Dr*
 FECHA: *Vinces, 7 - Noviembre 2017*

INFORME

FETO: *UNICO* PRESENTACION: *INDISTINTA*
 DORSO: _____ LCF: *PASIVANTE* MOV. FET.: *ACTIVO*
 DBP: _____ LF: _____ DSG: _____ LCR: *3.17*
 PLACENTA: *Anterior* MADURACION: *0 13*
 LIQUIDO AMNIOTICO: *Normal*
 OBSERVACIONES:
 DIAGNOSTICO: *Embarazo 10,1 semanas + 15d*



