



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE OBSTETRICIA

**COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXÁMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE OBSTETRA**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO:

**“CONDUCTA OBSTETRICA EN MULTIGESTA NULÍPARA DE 25 AÑOS DE EDAD
EMBARAZADA DE 15.5 SEMANAS CON INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS”**

AUTOR:

OLVERA BECILLA MARIA FERNANDA

TUTOR:

OBST. LILIAM MUÑOZ

Babahoyo - Los Ríos – Ecuador

2020 - 2021

TABLA DE CONTENIDO

I. AGRADECIMIENTO.....	5
II. DEDICATORIA	6
III. TEMA:.....	7
IV. RESUMEN	8
V. ABSTRAC.....	9
VI. INTRODUCCIÓN	10
1. MARCO TEORICO	11
1.1 EMBARAZO.....	11
1.2 INFECCIONES DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO.....	11
1.3 EPIDEMIOLOGÍA	12
1.4 INCIDENCIA.....	12
1.5 CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y ANATOMICOS DEL TRACTO URINARIO DURANTE EL EMBARAZO.	12
1.6 FACTORES DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO	13
1.7 PATOGENIA.....	13
1.8 VÍA DE DISEMINACIÓN DE LAS INFECCIONES URINARIAS:	13
1.9 ETIOLOGÍA	14
1.10 AGENTES PATÓGENOS	14
1.11 CLASIFICACIÓN	15

1.11.1	CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD - CIE- 10.....	15
1.12	FORMAS DE PRESENTACIÓN CLÍNICA.....	16
1.13	COMPLICACIONES MATERNAS Y FETALES.....	17
1.14	DIAGNOSTICO.....	17
1.15	RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO.	18
1.16	LA PACIENTE SERÁ REFERIDA EN LOS SIGUIENTES CASOS:	21
1.17	CRITERIOS DE CONTRAREFERENCIA.....	21
1.18	JUSTIFICACIÓN.....	22
1.19	OBJETIVOS.....	23
1.19.1	Objetivo General	23
1.19.2	Objetivos específicos:	23
1.20	DATOS GENERALES.....	24
2	METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO	24
2.1	Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.....	24
2.2	Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)	26
2.3	Examen físico (exploración clínica).....	26
2.4	Información de exámenes complementarios realizados.....	27
2.5	Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial.	30

2.5.1	Diagnostico presuntivo:	30
2.5.2	Diagnóstico diferencial:	31
2.5.3	Diagnóstico definitivo.....	31
2.6	Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar	31
2.7	Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	32
2.8	Seguimiento.....	33
2.9	Observaciones.....	43
3	CONCLUSIÓN	43
4	BIBLIOGRAFIA	45
	ANEXOS.....	
47	

I. AGRADECIMIENTO

Doy gracias a Dios por haberme brindado la sabiduría necesaria durante todo mi proceso de estudio, por sus bendiciones y protección que fueron de grato apoyo en mi vida cotidiana.

A mi padre, Oswaldo por haber sembrado en mí con tanto amor las ganas de estudiar y de culminar una carrera, por su apoyo y dedicación durante todos estos años, por sus sabios consejos que me servirán a lo largo de la vida y a pesar de que actualmente ya no este conmigo siempre estaré agradecida.

A mi madre, Bárbara por el amor y paciencia que tuvo en mí al comienzo de mi estudio, por su apoyo incondicional a lo largo de mi carrera, por haber creído en mí en todo momento y perseverar conmigo.

A mi esposo, Darwin por todo su apoyo incondicional a lo largo de mi carrera universitaria, por su paciencia y confianza depositada en todo momento, por sus consejos brindados cuando más lo necesitaba, por las palabras fuertes que me alentaban a seguir cuando en ocasiones solía desistir.

A mi hija, Dayra por ser mi motor principal para culminar mi carrera profesional.

A mis maestros que fueron los que fomentaron en mí el estudio.

María Fernanda Olvera Becilla

II. DEDICATORIA

Quiero dedicar el presente caso clínico a Dios por haberme otorgado la sabiduría y conocimientos que me favorecieron en mi carrera profesional, a mi padre que, aunque no esté físicamente presente sé que desde el cielo siempre me acompañara, a mi madre por su apoyo y amor, a mi esposo y a mi hija por ser mi motor que me impulsa a ser una excelente persona y profesional, a mis maestros que fomentaron en mí el estudio, a mi tutora por su aplicación y seguimiento para culminar el presente caso clínico.

María Fernanda Olvera Becilla

III. TEMA:

“CONDUCTA OBSTETRICA EN MULTIGESTA NULÍPARA DE 25 AÑOS DE EDAD
EMBARAZADA DE 15.5 SEMANAS CON INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS”

IV. RESUMEN

TEMA: Las infecciones de vías urinarias en el embarazo es la presencia de microorganismos patógenos en la orina, ya sea por infección en la vejiga o riñón, entre el más común en un 80% es la Escherichia coli, las infecciones de vías urinarias tienen una incidencia del 5% al 10% en el embarazo, por tal motivo se incentiva a realizar el informe del caso de una paciente de 25 años de edad con embarazo de 15.5 semanas en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

OBJETIVO: Se propone analizar el caso clínico de dicha paciente con Infección de vías urinarias que fue diagnosticada mediante el cuadro clínico y uroanálisis, presenta factores de riesgo que provocaron el cuadro clínico.

METODOLOGÍA: El estudio es observacional, y descriptivo. se hospitaliza a la paciente por lo menos 48 a 72 horas hasta que haya baja térmica, se continua con tratamiento por vía oral, en caso de fiebre persistente se utiliza medidas como el control de la volemia, antipiréticos, control de temperatura cada 12 hs, control de diuresis cada 24 hs, control de dinámica uterina cada 12 hs, post valoración obstétrica, se da alta médica con tratamiento vía oral por 14 días consecutivos, con control de urocultivo 1 a 2 semanas posterior a prescripción médica culminada.

RESULTADO Y CONCLUSIÓN: Gestante con infección de vías urinarias que se manejó con Antibioticoterapia, y exámenes complementarios, la cual evoluciona favorablemente y se prescribe alta médica. El manejo de la paciente fue expectante de acuerdo a la Guía Práctica Clínica del MSP. Paciente con infecciones de vías urinarias recurrentes y violencia intrafamiliar que causaron vulnerabilidad a dicha patología.

PALABRAS CLAVES: paciente, embarazo, pielonefritis, cistitis, bacteriuria asintomática, violencia interfamiliar.

V. ABSTRAC

TOPIC: Urinary tract infections in pregnancy is the presence of pathogenic microorganisms in the urine, either due to infection in the bladder or kidney, among the most common in 80% is Escherichia coli, urinary tract infections have a incidence of 5% to 10% in pregnancy, for this reason it is encouraged to carry out the report of the case of a 25-year-old patient with a 15.5-week pregnancy at the Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

OBJECTIVE: It is proposed to analyze the clinical case of said patient with urinary tract infection that was diagnosed by the clinical picture and urinalysis, presents risk factors that caused the clinical picture.

METHODOLOGY: The study is observational, clinical and descriptive. The patient is hospitalized for at least 48 to 72 hours until there is a thermal drop, oral treatment is continued, in case of persistent fever, measures such as volume control, antipyretics, temperature control every 12 hours are used, control of diuresis every 24 hours, control of uterine dynamics every 12 hours, post obstetric evaluation, medical discharge with oral treatment for 14 consecutive days, with urine culture control 1 to 2 weeks after the medical prescription was completed.

RESULT AND CONCLUSION: Pregnant woman with urinary tract infection that was managed with Antibiotic therapy and complementary tests, which progressed favorably and medical discharge was prescribed. The patient's management was expectant according to the MSP's Clinical Practice Guideline. Patient with recurrent urinary tract infections and domestic violence that caused vulnerability to said pathology.

KEY WORDS: patient, pregnancy, pyelonephritis, cystitis, asymptomatic bacteriuria, domestic violence.

VI. INTRODUCCIÓN

La infección de vías urinarias en el embarazo (IVU) es la existencia de gérmenes patógenos en la orina por infección de la vejiga o el riñón. (MSP, 2013) Constituye una de las infecciones más frecuentes durante el embarazo con una incidencia aproximada de 5% a un 10% (Donato*, 2010) la predisposición a estas infecciones es mayor en mujeres primigestantes en un porcentaje de 66.66% contra un 16.2% de las secundigestantes, y un 8.3% tanto entrigestantes como en tetragestantes (2011)

Durante la niñez es un evento poco frecuente; a partir de la adolescencia tiene una incidencia del 1 al 3%; en la edad reproductiva, la incidencia es 30 veces más frecuente en mujeres que en hombres. Se ha estimado que la complicación más frecuente de las infecciones del tracto urinario es: el parto pre término, la ruptura prematura de membranas. (Rosse, 2015).

Las mujeres embarazadas que sufren de violencia, pueden presentar una pérdida de interés por su salud y mayor probabilidad de sufrir infecciones del tracto urinario. (2020)

El presente caso de una paciente de 25 años de edad, con embarazo de 15.5 semanas, al presentar dolor en hipogastrio tipo contráctil, alza térmica no cuantificada, cefalea, escalofríos, disuria, polaquiuria, nivel socioeconómico bajo, escolaridad baja, con antecedentes de infecciones urinarias y vaginales recurrentes; el presente estudio aporta a la comunidad obstétrica en los conocimientos sobre la influencia de violencia intrafamiliar y su afectación en la salud materna.

1. MARCO TEORICO

1.1 EMBARAZO

Según (MSP, 2015) lo define como el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la concepción y termina con el parto y el nacimiento del producto a término. Aquel que no cursa con criterios de riesgo y debe ser atendido por el primer nivel de complejidad.

La evolución favorable del embarazo requiere de una adaptación del organismo materno, las modificaciones fisiológicas que de una u otra forma pueden contribuir a que se presenten ciertas complicaciones, como por ejemplo las infecciones durante el embarazo. (Benites, 2010)

1.2 INFECCIONES DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO

Para Martineza, 2013; define la infección del tracto urinario como el recuento de gérmenes patógenos por encima de 10⁵ Unidades Formadoras de Colonias (UFC)/mL tomada por micción espontánea. Se clasifica en infección urinaria baja, que puede ser asintomática (bacteriuria asintomática) o sintomática (cistitis), e infecciones altas (pielonefritis). La bacteriuria asintomática ocurre en 4-7% de las embarazadas, y en un 20-40% de los casos progresa a pielonefritis. (E. Martineza, 2013)

Las infecciones urinarias son afecciones frecuentes y potencialmente graves durante el embarazo. Los cambios hormonales, anatómicos, químicos e inmunológicos relacionados con el embarazo favorecen su aparición. La contaminación es principalmente ascendente. *Escherichia coli* es responsable del 75-90% de las infecciones urinarias gravídicas. (A. Mattuizzi, 2018)

1.3 EPIDEMIOLOGÍA

Las IVU son las principales causas de consulta y de hospitalización en pacientes de todas las edades, desde recién nacidos hasta ancianos; su frecuencia varía con la edad. Durante la niñez es un evento poco frecuente, los cuadros infecciosos suelen relacionarse con la presencia de alguna alteración anatómica o funcional del aparato urinario. A partir de la adolescencia, la presentación de estas infecciones en mujeres se incrementa de forma significativa, estimándose una incidencia del 1 al 3% del total de mujeres adolescentes. Después del inicio de la vida sexualmente activa, la diferencia en frecuencia de IVU entre mujeres y hombres se hace aún más marcada; en etapa de la edad reproductiva, la incidencia de infección urinaria es aproximadamente 30 veces más frecuente en mujeres que en hombres; se calcula que entre los 18 y 40 años de edad del 10 al 20% de la población femenina experimenta una infección urinaria sintomática alguna vez en su vida. (Ariel Estrada-Altamirano, 2010)

1.4 INCIDENCIA

La infección del tracto urinario (ITU), constituye una de las infecciones más frecuentes durante el embarazo con una incidencia aproximada de 5% a un 10%. Los microorganismos involucrados más frecuentemente son las enterobacterias, entre ellas las más común en un 80% es la *Escherichia coli*, también se encuentra la *Klebsiella ssp*, *Proteus mirabilis*, *Enterobacter ssp*, así como; el *Streptococcus* del grupo B y *Staphylococcus coagulasa negativo*. Organismos menos comunes que también pueden ocasionar infecciones son *Gardnerella vaginalis* y *Ureaplasma ureolyticum*. (Donato*, 2010)

1.5 CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y ANATOMICOS DEL TRACTO URINARIO DURANTE EL EMBARAZO.

Existen cambios anatómicos y funcionales que predisponen a ITU durante el embarazo dentro de los cuales encontramos:

- La hidronefrosis del embarazo

- Aumento del volumen urinario en los uréteres
- Disminución del tono ureteral y vesical (estasis urinaria)
- Obstrucción parcial del uréter por el útero grávido y rotado hacia la derecha
- Aumento del pH de la orina
- Hipertrofia de la musculatura longitudinal del uréter
- Aumento de la filtración glomerular
- Aumento del flujo vesicoureteral e incremento de la secreción urinaria de estrógenos. (Donato*, 2010)

1.6 FACTORES DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO

Existen otros factores que pueden desencadenar infecciones de vías urinarias como son: medidas higiénico-dietéticas, clima, material de la ropa interior, escolaridad, nivel socioeconómico, edad de la gestación, actividad sexual, antecedentes de infecciones urinarias recurrentes; la diabetes mellitus asociada al embarazo incrementa la posibilidad de adquirir infección por klebsiella y Proteus, y las anomalías anatómicas urinarias (las anatómicas incrementan el riesgo de infección sintomática, y las funcionales están asociadas con infecciones recurrentes). (Clotilde Vallejos Medic, 2010)

1.7 PATOGENIA

En la IVU, al igual que en el resto de las infecciones, la patogenia comprende tres factores fundamentales: el patógeno, el huésped y las condiciones medioambientales. Las propiedades de la virulencia del organismo, principalmente la expresión de fimbrias y los sistemas adhesina-receptor, así como la magnitud del inóculo, son los principales factores dependientes del germen. (Juan Carlos Moriyón (1), 2011)

1.8 Vía de diseminación de las infecciones urinarias:

La infección de vías urinarias se puede producir de varias maneras:

- La primera de ella y la más frecuente es la **ruta ascendente**. Casi siempre son colonizadores fecales cercanos a la uretra que la invaden y progresan por ella hasta llegar a la vejiga; esto se presenta también en pacientes que usan catéteres intermitentes o a permanencia.
- **La ruta hematógica** es menos frecuente y se inicia en un foco que se encuentra localizado fuera del tracto urinario, bien sea en la piel, en la cavidad oral o en cualquier otro sitio. Es necesario que el paciente tenga un compromiso inmunológico para que las bacterias de otros focos infecciosos puedan diseminarse por vía hematógica hasta el tracto urinario.
- **La ruta linfática** es también infrecuente, se produce cuando existe una infección intestinal o un foco retroperitoneal. (JESUS DE LOS RIOS OSORIO, 2005)

1.9 ETIOLOGÍA

Los organismos que producen infección urinaria durante el embarazo no son diferentes de los causantes de esta enfermedad en mujeres no gestantes; en general se trata de enterobacterias que colonizan el periné, el vestíbulo vaginal y la región periuretral y que causan la infección al ascender por la uretra.

También puede presentarse infección urinaria por diseminación hematógica o linfática pero estas vías son mucho menos importantes.

No está todavía claro si el *Ureaplasma urealyticum* y la *Gardnerella vaginalis*, encontrados en la orina en 10 15 % de las embarazadas tienen un papel patógeno directo en el desarrollo de infecciones urinarias. (JESUS DE LOS RIOS OSORIO, 2005)

1.10 AGENTES PATÓGENOS

Las enterobacterias ocupan los primeros lugares, seguidas de los estafilococos y los enterococos. Dentro de las enterobacterias, la *Escherichia coli* es la más frecuente, en más del 90% de los casos, seguido de *Klebsiella sp* y *Proteus sp*.

En mujeres jóvenes sin factores predisponentes para IVU, se aísla *Staphylococcus saprophyticus* con cistouretritis o bacteriuria asintomática; esta bacteria ocasiona del 5 al 15% de las infecciones en mujeres jóvenes. (Ariel Estrada-Altamirano, 2010)

1.11 CLASIFICACIÓN

Se clasifica de acuerdo al sitio de proliferación de las bacterias en: bacteriuria asintomática (orina), cistitis (vejiga), pielonefritis (riñón)

- **Bacteriuria Asintomática (BA)**

Se define con la 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)

- **Cistitis Aguda**

Es la infección bacteriana del tracto urinario bajo que se acompaña de los siguientes signos y síntomas: urgencia, frecuencia, disuria, piuria y hematuria; sin evidencia de afección sistémica.

- **Pielonefritis Aguda**

Es la infección de la vía excretora urinaria alta y del parénquima renal de uno o ambos riñones que se acompaña de fiebre, escalofrío, malestar general, dolor costovertebral y, en ocasiones, náusea, vómito y deshidratación. (MSP, 2013)

1.11.1 CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD - CIE- 10

- ✓ O23 Infección de las vías genitourinarias en el embarazo
- ✓ O23.0 Infección del riñón en el embarazo
- ✓ O23.1 Infección de la vejiga urinaria en el embarazo
- ✓ O23.2 Infección de la uretra en el embarazo
- ✓ O23.3 Infección de otras partes de las vías urinarias en el embarazo

- ✓ O23.4 Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo
- ✓ O23.5 Infección genital en el embarazo
- ✓ O23.9 Otras infecciones y las no especificadas de las vías genitourinarias en el embarazo (MSP, 2013)

1.12 FORMAS DE PRESENTACIÓN CLÍNICA

La IU desde el punto de vista clínico, puede presentarse como una infección asintomática: Bacteriuria asintomática del embarazo, o como una infección sintomática: cistitis y pielonefritis gravídica.

Bacteriuria asintomática (BA): es la presencia de bacterias en la orina, generalmente mayor de 100.000 UFC/ml de orina en ausencia de síntomas en el momento de tomar la muestra para el cultivo.

En general se admite que las tasas de BA durante el embarazo son similares a las de la población no gestante y se considera que la mayor parte de ellas son previas al embarazo. Es detectable ya en las primeras semanas de embarazo por lo que se recomienda el cribado de las gestantes para la detección durante el primer trimestre.

Cistitis: Se caracteriza por la presencia de disuria, polaquiuria, micción urgente acompañado de dolor suprapúbico, orina maloliente y en ocasiones hematuria. No existe clínica de infección del tracto urinario superior, cuando se asocia a dolor lumbar, signos sistémicos de infección y fiebre indican siempre afectación renal.

Pielonefritis aguda: es una infección de la vía excretora alta y del parénquima renal de uno o ambos riñones, suele presentarse en el último trimestre y casi siempre secundaria a una BA no diagnosticada o no tratada correctamente. Es la forma más grave de presentación de la infección del tracto urinario.

La clínica incluye la sintomatología de la cistitis más alteración del estado general, fiebre, sudación, escalofríos y dolor lumbar intenso y constante. A la exploración física hay puño percusión lumbar homolateral positiva.

El 2 - 3% desarrollará shock séptico, con la consiguiente gravedad para la madre y el feto. (Dra. Gilda Lorena Alvarez, 2006)

1.13 COMPLICACIONES MATERNAS Y FETALES

Las infecciones pueden generar serias complicaciones maternas, que abarcan desde choque séptico, insuficiencia respiratoria, desórdenes hidroelectrolíticos, insuficiencia renal crónica y hasta la muerte. Propiamente con el embarazo se han asociado a complicaciones importantes tales como ruptura prematura de membranas, labor y parto pretérmino, recién nacidos de bajo peso, corioamnioitis, fiebre postparto e infecciones neonatales. (León, 2014)

1.14 DIAGNÓSTICO

La sospecha de infección se sustenta en el cuadro clínico y el análisis de orina y se confirma con el sedimento urinario y el urocultivo.

Diagnóstico de BA: el Urocultivo al principio del embarazo es el procedimiento diagnóstico de elección, el momento para hacerlo es al final del primer trimestre a inicio del segundo entre las 9 y 17 semanas. Si éste revela más de 100.000 UFC/ ml de un único microorganismo considerado uropatógeno, es suficiente para el diagnóstico de BA. La presencia de más de una especie bacteriana, así como bacterias que normalmente no causan BA, es indicativo de contaminación. En caso de contajes entre 10.000 y 100.000 UFC/ ml debe repetirse el cultivo.

Para el diagnóstico de cistitis, Bent y col. realizaron una revisión sistemática de la literatura entre los años 1996 y 2001, seleccionando artículos que evaluaban la exactitud de la historia clínica y del examen físico en el diagnóstico de la IU, describiendo cuatro síntomas y un signo que incrementan significativamente la probabilidad de IU: Disuria, Polaquiuria, Hematuria, Dolor lumbar, Dolor a la palpación en el ángulo costovertebral.

A su vez, cuatro síntomas y un signo disminuyen la probabilidad de IU: Ausencia de disuria, Ausencia de dolor lumbar, Historia de flujo o irritación vaginal, Evidencia al examen genital de flujo vaginal.

El análisis de orina suele mostrar:

- Sedimento: piuria (en general > 3 leucocitos por campo de 40 aumentos)
- Urocultivo positivo (> 100.000 UFC/ ml)

Diagnóstico de Pielonefritis aguda: la clínica se confirma con el urocultivo con > 100.000 UFC/ ml de orina. En el sedimento se encuentra leucocitaria, también puede haber cilindros leucocitarios, proteinuria y hematíes. (2006)

1.15 RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO.

Tratamiento para Bacteriuria Asintomática

Para elegir el antimicrobiano que se debe usar, hay que tomar en cuenta el espectro de actividad para el germen, su farmacocinética, los probables efectos secundarios, la duración del tratamiento y los costos. Además, se deben conocer los patrones de resistencia local a los antimicrobianos más usados.

Los patrones de resistencia antimicrobiana varían de acuerdo al sitio geográfico. En el Ecuador, las tasas de resistencia bacteriana son altas para ampicilina, ampicilina/sulbactam, amoxicilina, amoxicilina/clavulánico y sulfas, por lo que no se recomienda el tratamiento empírico con estos fármacos.

Previa toma de muestra para urocultivo, se inicia tratamiento con UNO de los siguientes antibióticos según evidencia de farmacoresistencia local en Ecuador: (valore eficacia, seguridad, conveniencia y costo):

- Nitrofurantoína liberación retardada 100 mg cada 12 horas (no sobre 37 semanas)

- Nitrofurantoína 50 – 100 mg cada 6 horas (no sobre 37 semanas)
- Fosfomicina 3 g VO dosis única
- Fosfomicina 500 mg VO cada 8 horas
- Cefalosporinas de segunda generación 250-500 mg VO cada 6 horas.

La nitrofurantoína es segura durante el embarazo y logra concentraciones terapéuticas solo en orina y presenta un nivel bajo de resistencia a los uropatógenos (incluido el Ecuador). Las concentraciones plasmáticas de los betalactámicos disminuyen alrededor de 50% en el embarazo, lo que puede aumentar los niveles de resistencia.

Cefalexina es la cefalosporina que se usa con mayor frecuencia en el embarazo.

Las cefalosporinas son bien toleradas y seguras en el embarazo.

Ampicilina y amoxicilina con o sin inhibidores de betalactamasas y sulfas tienen tasas de resistencia local que superan las recomendaciones internacionales. Por este motivo, Ampicilina en presentación oral ya no consta dentro del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos (CNMB - Octava revisión, 2010). (MSP, 2013)

Tratamiento para cistitis

Las recomendaciones de tratamiento para la cistitis durante el embarazo son las mismas que para BA. Los uropatógenos encontrados en una cistitis en la embarazada son los mismos que en la BA. (MSP, 2013)

Esquema de tratamiento para pielonefritis aguda:

Un esquema de tratamiento para pielonefritis a nivel intrahospitalario durante el embarazo es el siguiente:

- Fluidos intravenosos
- Antibioticoterapia parenteral

1o, 2o, 3o trimestre:

- Amikacina 1 gr (IV c/24hs) más Ceftriaxona 1 gr (IV c/24 hs)

Esquema alterno

- Claritromicina 500 mg (IV c/12 hs) más Amikacina 1 gr (IV c/24 hs)

Una vez ingresada la paciente se deben realizar los siguientes controles:

- Tacto vaginal y test de Bishop
- Protocolo general de la unidad de medicina materno-fetal
- Control de temperatura cada 12 hs
- Control de diuresis cada 24 hs
- Control de dinámica uterina cada 12 hs
- Monitorización fetal no estresante cada 24 hs
- Ecografía renal (útil en recurrencia de ITU)
- Hemoleucograma, urea, creatinina, ácido úrico, urocultivo, función hepática, hemocultivo, electrolitos.(Donato*, 2010)

Cuando la paciente esté apirética 48- 72 horas, se pueden cambiar los antibióticos intravenosos a vía oral, y valorar el alta hospitalaria y completar en forma ambulatoria el tratamiento durante 14 días. Si persiste la fiebre 48- 72 horas. Se debe excluir una obstrucción de la vía urinaria y/ o un absceso renal o perinefrítico por medio de una ecografía renal.

Se debe realizar urocultivo de control 1- 2 semanas tras finalizar el tratamiento y luego mensualmente hasta el parto.

IU recurrentes: pueden ser recidivas (es todo episodio que ocurre en las primeras semanas luego de una aparente curación y causado por la persistencia del mismo microorganismo) o reinfecciones (es causado por cepas distintas a la infección anterior). En el caso de recidiva se recomienda la utilización de dosis bajas de antibióticos durante 6- 12 meses orientando la terapia según el antibiograma. En la

embarazada con IU recurrente por reinfecciones, se aconseja realizar profilaxis antibiótica hasta el parto con Cefalexina. Se debe hacer urocultivo en el posparto a las que tuvieron IU recurrente o bacteriuria persistente. (Dra. Gilda Lorena Alvarez, 2006)

1.16 LA PACIENTE SERÁ REFERIDA EN LOS SIGUIENTES CASOS:

- Cuando sus síntomas no mejoran con el tratamiento
- Cuando tenga alergia o intolerancia a los remedios recetados
- Cuando tenga pielonefritis
- Cuando en el embarazo, como resultado de una infección de vías urinarias no tratada presente parto antes de tiempo. (MSP, 2014)

1.17 CRITERIOS DE CONTRAREFERENCIA

Superada la fase de atención del cuadro complicado de IVU, remitir al nivel primario con indicaciones claras del médico especialista sobre manejo subsecuente con informe de acciones y resultados de la atención de especialidad. (MSP, 2013)

1.18 JUSTIFICACIÓN

La Guía de Práctica Clínica sobre Infección de Vías Urinarias en el Embarazo basada en el Ministerio de Salud Pública del Ecuador del año 2013, indico que más del 27% de partos pretérmino están asociados clínicamente con infección de vías urinarias. También determina que las embarazadas que reciben tratamiento para bacteriuria asintomática, disminuye el riesgo de un parto pretérmino entre el 9,02% al 5,28%, y entre el 13,3% al 7% de tener un recién nacido con bajo peso.

En el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de cada 12 embarazadas que se atendían diariamente, 7 pacientes presentaban diagnóstico de Infección de vías urinarias representando una de las principales enfermedades infecciosa de consulta. El presente estudio de caso se lo realizo con información obtenida de la institución de salud antes mencionada, en una paciente de 25 años de edad, multigesta, nulípara, con 15.5 semanas de gestación que presento Infección de vías urinarias, el cual se lo desarrollo con el objetivo de analizar el caso clínico de infección de vías urinarias, determinar factores de riesgo, argumentar el procedimiento médico basándonos en lo establecido por el Ministerio de Salud Pública en la Guía Práctica de Infección de vías urinarias en el embarazo, y de qué manera evoluciono la patología en la paciente.

1.19 OBJETIVOS

1.19.1 Objetivo General

- Analizar el caso clínico de conducta obstétrica en multigesta nulípara de 25 años de edad embarazada de 15.5 semanas con infección de vías urinarias

1.19.2 Objetivos específicos:

- Describir el caso clínico de conducta obstétrica en multigesta nulípara de 25 años de edad embarazada de 15.5 semanas con infección de vías urinarias
- Determinar los factores predisponentes en infección de vías urinarias en paciente con 15.5 semanas de gestación.
- Argumentar el procedimiento médico en el caso de conducta obstétrica en multigesta nulípara de 25 años de edad embarazada de 15.5 semanas con infección de vías urinarias.

1.20 DATOS GENERALES

Código: BAJV

Fecha de nacimiento: 27/11/1994

Ocupación: Ama de casa

Nivel de estudio: Educación Básica

Estado civil: Soltera

Género: Femenino

Edad: 25 años

Nacionalidad: ecuatoriana

Raza: Mestiza

Dirección: Buena Fe, barrio San Gabriel.

Religión: católica

Nivel socioeconómico: Bajo

Hospital: Hospital Sagrado Corazón de Jesús

Fecha de ingreso: 07/08/2020

Teléfono: 0995599587

2 METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

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

Paciente de sexo femenino de 25 años de edad, multigesta, nulípara, acude al área de emergencia Gineco-Obstetricos. Al momento gestante cursa con embarazo de 15 SG, por FUM, paciente refiere cuadro clínico de + o – 24 horas de evolución, que se caracteriza por dolor en hipogastrio tipo contráctil, que se irradia a columna lumbosacra de moderada intensidad 8/10, que se acompaña de alza térmica no cuantificada, más cefalea, escalofríos, disuria, polaquiuria, referida del C.S Buena Fe con ID: Embarazo de 15 SG+ Infección no especificada.

ANTECEDENTES:

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES:

Antecedentes patológicos personales:	Infección de vías urinarias recurrentes
Antecedentes patológicos familiares:	madre (Diabetes mellitus tipo II)
Antecedentes personales quirúrgicos:	CUP (2) periodo intergenésico 2 año 3 meses
Alergias:	No refiere
Hábitos:	Alimenticios: favorables Higiénicos: paciente refiere aseo personal 1 vez al día.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

Menarquia: 13 años	Ciclos menstruales: regulares
Planificación familiar: no	Inicio de vida sexual: 14 años
Número de parejas sexuales: 5	Gestas: G: 4 P: 0 C:2 A:2
FUM: 24/04/2020	Número de controles prenatales: #1 C.S Buena Fe
Vacunas prenatales: #1	Numero de ecografías: #0

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

Paciente gestante con 15.5 semanas, acude al área de emergencia, refiriendo cuadro clínico que se caracteriza por dolor abdominal, cefalea, alza térmica y escalofríos.

2.3 Examen físico (exploración clínica)

Aspecto General: paciente hemodinámicamente estable, febril, consciente, orientada en tiempo y espacio.

Cabeza: normocéfalo, fascia pálida, conjuntivas normales, vías aéreas permeables.

Cuello: simétrico, no adenopatías.

Tórax: simétrico, expansible, campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos.

Mamas: simétricas, no dolorosas a la palpación

Abdomen: depresible, no doloroso a la palpación, puño percusión positiva.

Genitales: se evidencia presencia de sonda vesical.

Extremidades: simétricas, no edema, hematoma en brazo derecho, hematoma en pierna izquierda.

SIGNOS VITALES MEDICIONES Y VALORES:

T/A	FC	FR	T°C	STO2	Peso	Talla
115/70	87 min	21 min	39.8	99%	82 kg	1.47 cm

GLASGOW			
Ocular: 4	Verbal: 5	Motor: 6	Total: 15

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

- Exámenes particulares traídos a emergencia al momento del ingreso

EXAMEN	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
BIOMETRIA HEMATICA		
Hemoglobina	12.50 g/dl	13-17
Hematocrito	36.90 %	40-50
Leucocitos	20.14 10/uL	4-10
Plaquetas	246.00 10/uL	150-450
Linfocitos	5.20 %	25-40

Neutrófilos	92.20 %	55-65
TIPIFICACION SANGUINEA RH (D)		
Grupo sanguíneo: O		
Factor Rh: positivo		
COAGULACION		

Tiempo parcial de tromboplastina (TTP): 31sg
Tiempo de protrombina (TP): 9sg
AUTOINMUNES E INFECCIOSAS
HIV 1-2 generación: no reactivo
VDRL: negativo

- Exámenes complementarios institucionales (HSCJ) al momento del ingreso

INFORME DE RESULTADOS		
EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD
HEMATOLOGÍA		
BIOMETRÍA HEMÁTICA		
Hemoglobina	11.0	g/dl
Hematocrito	32.8	%
VCM	91.8	Um3
Plaquetas	208	10/ul
Glóbulos blancos	16.16	10/ul
Linfocitos (%)	5.0	%

Neutrófilos (%)	87.9	%
Monocitos (%)	6.3	%
Eosinófilos (%)	0.7	%
Basófilos (%)	0.1	%
BIOQUÍMICA		
Urea	10.2	mg/dl
Creatinina	0.76	mg/dl
Ácido úrico	3.49	mg/dl
TGO/AST	12.14	U/L
UROANÁLISIS		
ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO DE ORINA		
EXAMEN FISICO Y QUIMICO		
Color	Amarillo	
Aspecto	Turbio	
Densidad	1.010	
PH	7.0	
Leuco	10-25	Leuco/uL
Nitritos	Positivo	
Proteínas	30	Mg/dl

Glucosa	negativo	Mg/dl
EXAMEN MICROSCOPICO		
Leucocitos	INCONTABLE	/campo
Piocitos	3-4	/campo
Hematíes	12-13	/campo
Bacterias	++	
COAGULACION		
Tiempo de Protrombina TP	14	Seg.
Tiempo parcial de Tromboplastina (TTP)	23	Seg.
AUTOIMUNES E INFECCIOSAS		
HIV 1-2 generación: no reactivo		
VDRL: negativo		
TIIFICACION SANGUINEA RH (D)		
Grupo sanguíneo: O		
Factor Rh: positivo		

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial.

2.5.1 Diagnostico presuntivo:

1. Embarazo de 15.5 SG + otra infección no especifica de vías urinarias + CUP

(2)

2.5.2 Diagnóstico diferencial:

1. Litiasis renal
2. Amenaza de aborto
3. Lumbalgia
4. Absceso perinefrítico

2.5.3 Diagnóstico definitivo

Embarazo de 15.5 SG + Infección de vías urinarias

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

Análisis del origen del problema

Biológicas: En este caso paciente de 25 años en estado gestante, con antecedentes de infecciones urinarias recurrentes, violencia intrafamiliar, nivel socioeconómico bajo, escolaridad baja, tiene una predisposición biológica a la misma.

Ambientales: La parroquia donde vive es urbana, no está expuesta a sustancias tóxicas que pudieran dañar su salud.

Físicas: Paciente ama de casa, no realiza actividad física.

Sociales: Paciente que indica violencia intrafamiliar por parte de su pareja.

Conducta a seguir:

El tratamiento durante el embarazo es en base a betalactámicos como las penicilinas y cefalosporinas que pertenecen a la categoría B según la clasificación FDA de riesgo del embarazo.

En este caso embarazo de 15.5 semanas+ pielonefritis aguda, se hospitaliza a la paciente por lo menos 48 a 72 horas hasta que haya baja térmica, se continua con tratamiento por vía oral, en caso de fiebre persistente se utiliza medidas como el control de la volemia, antipiréticos, control de temperatura cada 12 hs, control de diuresis cada 24 hs, control de dinámica uterina cada 12 hs, ecografía renal (útil en recurrencia de ITU), hemoleucograma, urea, creatinina, ácido úrico, urocultivo, función hepática, hemocultivo, electrolitos.

Post valoración obstétrica, se da alta médica con tratamiento vía oral por 14 días consecutivos, con control de urocultivo 1 a 2 semanas posterior a prescripción médica culminada.

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

A las 3h se reciben exámenes complementarios con los siguientes resultados.

EXÁMENES DE LABORATORIO

Biometría hemática: leucocitos 16.16 ul, glóbulos rojos 3.57 ul, hematocrito 32.8%, Hemoglobina: 11g/dl, plaquetas: 208ul, neutrófilos 87.9%, linfocitos 5.0%, Eosinófilos 0.7%, basófilo 0.1%, grupo O Rh+, HIV negativo, VDRL negativo

Química Sanguínea: glucosa 88 mg/dl, urea 10.2mg/dl, creatinina 0.76mg/dl, ácido úrico 3.49 mg/dl, bilirrubina directa 0.23 mg/dl, bilirrubina total 0.59 mg/dl.

Indicaciones médicas al momento del ingreso:

Médico de guardia de sala de emergencia gineco-obstétrica decide el ingreso por alza térmica no cuantificada más escalofríos y por presentar dolor en hipogastrio de moderada intensidad, se da pase a sala de parto para valoración por ginecólogo de guardia.

Se prescribe: uroanálisis y ecografía de control, control de signos vitales, interconsulta con psicología, solución salina, antibioterapia, antipirético.

2.8 Seguimiento.

1er día de Hospitalización (08-08-2020 09:00 am)

EVOLUCIÓN

Paciente de 25 años de edad que ingresa de la emergencia gineco-obstétrica, con embarazo de 15.5 SG, quien refiere haber presentado fiebre no cuantificada el día de ayer.

Examen físico:

Abdomen: globulosa gestante a expensas de tejido adiposo.

Genitales: sin pérdidas

Score mama: 0

NOTA: se evidenciaron tanto en miembros inferiores como superiores algunos hematomas por maltrato físico, se realiza rastreo ecográfico, se observa feto único vivo.

ID: EMBARAZO DE 15.5 SEG + VIOLENCIA INTRAFAMILIAR + INFECCION URINARIA + CUP 2

PRESCRIPCIÓN

Medidas generales:

Control de signos vitales, cuidado de enfermería, reposo, exámenes de laboratorio, ecografía obstétrica, comunicar novedades, interconsulta con psicología, dieta general

Tratamiento:

- Solución salina al 0.9% 1000ml a 30 gotas por minuto
- Ampicilina 1gr IV cada 6 hora

Paracetamol 500mg VO cada 8 hora

SCORE MAMA

T/A	FC	FR	T°C	StO2	Estado de Conciencia	Proteinuria	Total
110/70	80X'	19X'	36	99%	Alerta	(-)	0

2do día de Hospitalización (09-08-2020 08:30 am)

EVOLUCIÓN

Paciente que cursa en su 2do día de hospitalización con embarazo de 15.6 SG, al momento afebril, hemodinámicamente estable, orientada en tiempo y espacio, refiere sentirse bien, niega dolor.

Examen físico:

Abdomen depresible no doloroso a la palpación.

Genitales: sin perdidas

Extremidades simétricas, se observa en miembros inferiores como superiores algunos hematomas por maltrato físico.

Score mama: 0

Se recibe exámenes de laboratorio:

Biometría: HB: 11.0 HCT: 32.8 Glóbulos blancos: 16 plaquetas: 208 neutrófilos: 87.9.
Uroanálisis: leucocitos: 10-25, nitritos: positivos, hematíes: 12-13.

NOTA: se decide cambio de antibiótico por falla terapéutica.

ID: EMBARAZO DE 15.6 SG + PIELONEFRITIS AGUDA + CUP 2 + VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

PRESCRIPCIÓN

Medidas generales:

Control signos vitales, cuidado de enfermería, pendiente ecografía obstétrica, reposo, dieta general, pendiente valoración con psicología, comunicar novedades, se realizó cambio de medicación

Tratamiento:

- Solución salina al 0.9% 1000ml a 30 gotas por minuto
- Cefazolina 1gr IV cada 6 hora
- Paracetamol 500mg VO cada 8 hora

SCORE MAMA

T/A	FC	FR	T°C	StO2	Estado de Conciencia	Proteinuria	Total
110/60	78X'	20X'	37	99%	Alerta	(-)	0

3er día de Hospitalización (10-08-2020 09:00 am)

EVOLUCIÓN

Se valora paciente que cursa en su 3er día de hospitalización, con embarazo de 16 SG, al momento paciente estable, afebril, orientada en tiempo y espacio, refiere sentirse bien.

Examen físico:

Abdomen: depresible

Genitales: no perdidas

Extremidades: no edema, se evidencia hematomas

Score mama: 0

Se valora ecografía obstétrica donde presenta:

Útero grávido se visualiza saco gestacional regular, futura placenta ubicada en la pared posterior, inserción normal grado 0. Se visualiza feto único vivo, presentación y situación indiferente, con actividad cardiaca presente 157 lpm. LCC: mide 108 mm correspondiente a un embarazo de 16 semanas

Nota: en espera de valoración por psicología

ID: EMBARAZO DE 16.1 SG + PIELONEFRITIS AGUDA + CUP 2 + VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

PRESCRIPCIÓN

Medidas generales:

Control signos vitales, cuidado de enfermería, reposo, dieta general, pendiente valoración con psicología, comunicar novedades

Tratamiento

- Solución salina al 0.9% 1000ml a 30 gotas por minuto
- Cefazolina 1gr IV cada 6 hora
- Paracetamol 500mg VO cada 8 hora

SCORE MAMA

T/A	FC	FR	T°C	StO2	Estado de Conciencia	Proteinuria	Total
110/60	82X'	20X'	36.5	98%	Alerta	(-)	0

4to día de Hospitalización (11-08-2020 08:30 am)

EVOLUCIÓN

Paciente que cursa en su 4to día de hospitalización, con embarazo de 16.2 SG, quien refiere sentirse bien, al momento hemodinámicamente estable, afebril, orientada en tiempo y espacio, colabora con el interrogatorio.

Paciente refiere secreción a nivel vulvar que se acompaña de prurito.

Examen físico:

Abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación

Extremidades: no se observan edemas

Examen ginecológico:

Se observa secreción blanca grumosa en escasa cantidad a nivel vulvar.

Score mama: 0

ID: EMBARAZO DE 16.2 SG + PIELONEFRITIS AGUDA + CUP 2 + VIOLENCIA INTRAFAMILIAR + VAGINOSIS BA

PRESCRIPCIÓN

Medidas generales:

Control signos vitales, cuidado de enfermería, reposo, dieta general, pendiente valoración con psicología, comunicar novedades

Tratamiento

- Solución salina al 0.9% 1000ml a 30 gotas por minuto
- Cefazolina 1gr IV cada 6 hora
- Paracetamol 500mg VO cada 8 hora
- Clotrimazol al 2% crema vaginal aplicar todas las noches en zona externa de la vulva.

SCORE MAMA

T/A	FC	FR	T°C	StO2	Estado de Conciencia	Proteinuria	Total
110/70	78X'	20X'	37	99%	Alerta	(-)	0

5to día de Hospitalización (12-08-2020 08:00 am)

EVOLUCIÓN

Paciente de sexo femenino que cursa en su 5to día de hospitalización, cursa con embarazo de 16.3 semanas de gestación, al momento paciente estable, afebril, orientada en tiempo y espacio, no refiere sintomatología, niega sangrado y otras perdidas vaginales.

Examen físico:

Abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación

Extremidades: no se observan edemas

Examen ginecológico:

No se observa pérdidas vaginales, ni leucorrea.

Score mama: 0

Paciente que recibió valoración por psicóloga el día de hoy la cual indica que la paciente se encuentra coherente, refiere agresividad por parte de su pareja, de lo cual ni familiares ni paciente ha presentado cargos a autoridades. Se detecta síndrome de mujer maltratada. Se socializa con familiar para que reporte a autoridades respectivas.

Nota: se envía uroanálisis para posible alta médica, no brindar alta médica hasta que familiar reporte a familiares.

ID: EMBARAZO DE 16.3 SG + PIELONEFRITIS AGUDA + CUP 2 + VIOLENCIA INTRAFAMILIAR + VAGINOSIS BACTERIANA

PRESCRIPCIÓN

Medidas generales:

Control signos vitales, cuidado de enfermería, reposo, dieta general, uroanálisis de control, comunicar novedades

Tratamiento

- Solución salina al 0.9% 1000ml a 30 gotas por minuto
- Cefazolina 1gr IV cada 6 hora
- Paracetamol 500mg VO cada 8 hora
- Clotrimazol al 2% crema vaginal aplicar todas las noches en zona externa de la vulva.

SCORE MAMA

T/A	FC	FR	T°C	StO2	Estado de Conciencia	Proteinuria	Total
-----	----	----	-----	------	----------------------	-------------	-------

120/60	87X'	20X'	36.2	99%	Alerta	(-)	0
--------	------	------	------	-----	--------	-----	---

6to día de Hospitalización (13-08-2020 09:00 am)

EVOLUCIÓN

Paciente que cursa en su 6to día de hospitalización, con embarazo de 16.4 SG, quien refiere sentirse bien, al momento hemodinámicamente estable, afebril, orientada en tiempo y espacio, colabora con el interrogatorio, paciente no refiere sintomatología.

Examen físico:

Abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación

Extremidades: no se observan edemas

Examen ginecológico: no se observa perdidas vaginales.

Score mama: 0

ID: EMBARAZO DE 16.4 SG + PIELONEFRITIS AGUDA + CUP 2 + VIOLENCIA INTRAFAMILIAR + VAGINOSIS BACTERIANA

PRESCRIPCIÓN

Medidas generales:

Control signos vitales, cuidado de enfermería, reposo, dieta general, comunicar novedades

Tratamiento

- Solución salina al 0.9% 1000ml a 30 gotas por minuto
- Cefazolina 1gr IV cada 6 hora

- Paracetamol 500mg VO cada 8 hora
- Clotrimazol al 2% crema vaginal aplicar todas las noches en zona externa de la vulva.

SCORE MAMA:

T/A	FC	FR	T°C	StO2	Estado de Conciencia	Proteinuria	Total
120/80	90X'	20X'	37	99%	Alerta	(-)	0

7to día de Hospitalización (14-08-2020 11:00 am)

EVOLUCIÓN

Paciente que cursa en su 7mo día de hospitalización con embarazo de 16.5 SG, al momento afebril, hemodinámicamente estable, orientada en tiempo y espacio, refiere sentirse bien, niega dolor.

Examen físico:

Abdomen depresible no doloroso a la palpación.

Genitales: sin perdidas

Extremidades simétricas no edematizadas.

Score mama: 0

Nota:

Gestante con evolución clínica favorable, quién recibió tratamiento y vigilancia médica durante 7 días, se recibieron resultados de uroanálisis de 24 horas favorable,

se decide alta médica con tratamiento ambulatorio y contrareferencia a 1er nivel para seguimiento de embarazo.

ID: EMBARAZO DE 16.5 SG + CUP 2

PRESCRIPCIÓN

ALTA MÉDICA (16:00 pm)

Charla en signos de alarma materno y fetal, contrareferencia a centro de salud

Medicación:

- Cefalexina 500mg VO cada 8 horas por 7 días.
- Paracetamol 500mg VO cada 8 horas por 5 días.
- Clotrimazol al 2% crema vaginal uso tópico cada noche
- Sulfato ferroso 100mg VO cada 12 horas por 30 días.

RESULTADO DE UROANÁLISIS

UROANÁLISIS		
ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO DE ORINA		
EXAMEN FISICO Y QUIMICO		
Color	Amarillo	
Aspecto	Turbio	
Densidad	1.010	
PH	7.0	
Leuco	Negativo	Leuco/uL

Nitritos	Negativo	
Proteínas	30	Mg/dl
Glucosa	Negativo	Mg/dl
EXAMEN MICROSCOPICO		
Leucocitos	3-4	/campo
Hematíes	3-5	/campo
Bacterias	++	

2.9 Observaciones.

- Paciente que se administró al ingreso hospitalario una medicación, la cual se cambió al momento de recibir resultados de uroanálisis de laboratorio.
- El manejo y tratamiento para infección de vías urinarias, recibido en la unidad de salud se basó en lo descrito según las recomendaciones indicadas en las guías de práctica clínica del ministerio de salud pública.
- La paciente evoluciona de manera favorable al tratamiento prescrito en la unidad de salud, por lo que se indica alta médica con tratamiento oral y contrareferencia a centro de salud para su respectivo seguimiento.

3 CONCLUSIÓN

La infección de vías urinarias en el embarazo es una de las principales patologías infecciosas de consulta en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

A través del análisis realizado a partir del estudio general de la paciente, se concluye que los factores que desencadenaron vulnerabilidad en este caso fueron: nivel socioeconómico bajo, escolaridad baja, y antecedentes de infecciones urinarias recurrentes,

Paciente que presento violencia intrafamiliar física de manera subsecuente, por parte de su pareja, se califica como un factor predisponente, donde la embarazada pierde interés por su salud y la de su bebe, y tiende a disminuir su autoestima, descuidar su físico, su aseo personal, su alimentación, y de esta forma ser vulnerable a patologías maternas en este caso Infección de vías urinarias.

Se sugiere una educación adecuada a los diferentes equipos de salud para una detección precoz y tratamiento eficaz para las infecciones de vías urinarias, y así disminuir la morbilidad materno-fetal.

4 BIBLIOGRAFIA

A. Mattuizzi, H. M. (2018). INFECCION URINARIA Y EMBARAZO. *ELSEVIER*.

Ariel Estrada-Altamirano, *. R.-D.-Z. (2010). Infección de vías urinarias en la mujer embarazada. Importancia del escrutinio de bacteriuria asintomática durante la gestación. *medigraphic*.

Arroyave, V., Cardona, A. F., Castaño Castrillón, J. J., Giraldo, V., Jaramillo, M., Moncada, N. C., . . . Villegas Arenas, O. A. (2011). Caracterización de la infección de las vías urinarias en mujeres embarazadas atendidas en una entidad de primer nivel de atención (Manizales, Colombia), 2006-2010. *Archivos de Medicina*.

Benites, D. M. (2010). Modificaciones fisiológicas en el embarazo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*.

CASILDA VELASCO JUEZ, A. C. (2020). *GUIA DE ACTUACION ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DURANTE EL EMBARAZO*. GRANADA : MEDICUSMUNDI SUR.

Clotilde Vallejos Medic, *. d. (2010). *Prevalencia de infecciones de vías urinarias en embarazadas atendidas en el Hospital Universitario de Puebla*. MEXICO.

Donato*, J. B. (2010). INFECCIONES URINARIAS EN EL EMBARAZO. *REVISTA MÉDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMÉRICA LXVII (593) 233-236 2010*, 4.

Dra. Gilda Lorena Alvarez, D. J. (2006). INFECCION URINARIA Y EMBARAZO. DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICA. *Revista de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina*.

E. Martinez, J. O. (2013). *Infecciones del tracto urinario bajo en adultos y embarazadas: consenso para el manejo empírico*. COLOMBIA: ELSEVIER DOYMA.

JESUS DE LOS RIOS OSORIO, S. D. (2005). *CIRUGIA UROLOGIA*. COLOMBIA: UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA.

Juan Carlos Moriyón (1), N. P. (2011). Infección urinaria en pediatría. Definición, epidemiología, patogenia, diagnóstico. *archivos venezolanos de puericultura y pediatría*.

León, J. P. (2014). PIELONEFRITIS EN EL EMBARAZO: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA*.

MSP, M. d. (2013). *INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO*. QUITO: DEPARTAMENTO DE NORMATIZACIÓN.

MSP, M. d. (2014). *INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO GUIA PARA LA EMBARAZADA*. QUITO: DEPARTAMENTO DE NORMATIZACIÓN.

MSP, M. d. (2015). *CONTROL PRENATAL*. QUITO: DEPARTAMENTO DE NORMATIZACIÓN .

Rio, F. D. (1998). *INFECCIONES URINARIAS*. ESPAÑA: MEDICA PANAMERICANA.

Rosse, E. C. (2015). COMPLICACIONES EN GESTANTES CON INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN EL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN DE PUNO. *CIENTIFICA INVESTIGACION ANDINA*.

ANEXOS

1950

DIRECCIÓN DISTRITAL 32089
 HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
QUEVEDO - MOCACHE
 HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
 Av. Walter Ancochea y Guayasmas 8490
 Telf.: 052 750373
 laboratorio.hscs@hscs.com

ORDEN NO. 200907128
BARRE ARAUJO JESSICA VANESSA
 Identificación: 1205533844
 Edad: 25 años Sexo: Femenino
 Servicio: Parto
 Categoría: HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN

Fecha de la orden: 2020-08-07 5:31 PM
 Fecha de Impresión: 2020-08-07 7:31 PM
 Médico: NEVA BOHORQUEZ

Informe de Resultados

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	V. REFERENCIA
HEMATOLOGÍA			
BIOMETRÍA HEMÁTICA			
Recuento de Glóbulos Rojos	↓ 3.57	10 ⁶ /μL	[4 - 6]
Hemoglobina	↓ 11.0	g/dL	[13 - 17]
Hematocrito	↓ 32.8	%	[40 - 50]
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	91.8	μm ³	[80 - 100]
Hemoglobina Corpuscular Media (HCM)	30.8	pg	[27 - 31]
Concentración de Hb Corp. Media (CHCM)	33.5	g/dL	[30 - 36]
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)	12.8	%	[11.5 - 15.5]
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)	42.5	μm ³	[150 - 450]
Plaquetas	208	10 ⁹ /μL	[0.1 - 0.5]
Plaquetocrito	0.19	%	[7.4 - 11]
Volumen Plaquetario Medio (MPV)	9.0	μm ³	[10 - 18]
Índice de Distribución Plaquetaria (PDW)	15.9	10 ⁹ /μL	[4 - 10]
Glóbulos Blancos	↑ 16.16	%	[25 - 40]
Linfocitos (%)	↓ 5.0	%	[55 - 65]
Neutrófilos (%)	↑ 87.9	%	[2 - 10]
Monocitos (%)	6.3	%	[0.5 - 5]
Eosinófilos (%)	0.7	%	[0 - 2]
Basófilos (%)	0.1	%	
Células Granulares Inmaduras (%)	3.5	%	
Linfocitos (#)	↓ 0.81	10 ⁹ /μL	[1 - 4.4]
Neutrófilos (#)	↑ 14.20	10 ⁹ /μL	[1.6 - 7]
Monocitos (#)	↑ 1.02	10 ⁹ /μL	[0.3 - 1]
Eosinófilos (#)	0.12	10 ⁹ /μL	[0 - 0.5]
Basófilos (#)	0.01	10 ⁹ /μL	[0 - 0.2]
Células Granulares Inmaduras (#)	0.57	10 ⁹ /μL	
Validado por: Lcda. Herlinda Ponce			
BIOQUÍMICA			
Úrea	10.2	mg/dL	[10 - 50]
Creatinina	0.76	mg/dL	[0.6 - 1.1]
Ácido Úrico	3.49	mg/dL	[2.4 - 6]
Bilirrubina Total	0.59	mg/dL	[0 - 1.2]
Bilirrubina Directa	0.23	mg/dL	[0 - 0.3]
TGO/AST	12.14	U/L	[0 - 31]

Muestra adecuada - Método: CBC-IMI Automatizado

Muestra adecuada - Método: Fotometría Automatizada

Validado por: Lcda. Herlinda Ponce

UROANÁLISIS

ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO DE ORINA			
EXAMEN FÍSICO - QUÍMICO			
Color	Amarillo		
Aspecto	Turbio		
Densidad	1.010		
pH	7.0		
Leuco	10 - 25	Leuco/ul.	
Nitritos	Positivo		
Proteínas	30 mg/dl	mg/dL	
Glucosa	Negativo	mg/dL	
Cuerpos Cetónicos	Negativo	mg/dL	
Sangre	Positiva (+)	Ery/ul	
Hemoglobina	Negativo	Ery/ul	
EXAMEN MICROSCÓPICO			
Leucocitos	INCONTABLE	/ Campo	
Piociptos	3-4	/ Campo	
Hemates	12-13	/ Campo	
Células Epiteliales	+		
Bacterias	++		
Validado por: Lcda. Herlinda Ponce			
COAGULACIÓN			
Tiempo de Protrombina TP	14	seg.	[12 - 14]
INR	1.2		[0.9 - 1.2]
Tiempo Parcial de Tromboplastina (TTP)	23	seg.	[20 - 40]
Validado por: Lcda. Herlinda Ponce			
AUTOINMUNES E INFECCIOSAS			
HIV 1 + 2 Cuarta Generación	No reactivo		
TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS IgG/IgM			
	Negativo		
Validado por: Lcda. Herlinda Ponce			

Muestra adecuada - Método: Inmunocromatografía

Dr. Boris Zambrano
 Coordinador del Departamento Laboratorio Clínico

QUEVEDO, 08 DE AGOSTO DEL 2020

DR.
ESTIMADO DR. SE REALIZO ESTUDIO ECOGRAFICO A LA SRA. BARRE ARAUJO JESSICA DE 25 AÑOS DE EDAD, CON EQUIPO DE ALTA RESOLUCION UTILIZANDO SONDA DE ECOGRAFIA CONVEXA TIEMPO REAL.

OBSTETRICO.

DIAGNOSTICO


UTERO GRAVIDO SE VISUALIZA SACO GESTACIONAL REGULAR FUTURA PLACENTA UBICADA EN LA PARED POSTERIOR, INSERCIÓN NORMAL GRADO 0. NO SE OBSERVA FOCO DE DESPRENDIMIENTO EN ESTE ESTUDIO.

SE VISUALIZA FETO UNICO VIVO, PRESENTACION Y SITUACION INDIFERENTE, CON ACTIVIDAD CARDIACA PRESENTE CUANTIFICADA 157 LAT. / MIN

LCC: MIDE 108 mm CORRESPONDE A EMBARAZO 16 SEMANAS 5 DÍAS

PARTES FETALES OBSERVADAS NORMALES
MOVIMIENTOS ACTIVOS
LIQUIDO AMNIOTICO EN VOLUMEN ADECUADO
OVARIOS NORMALES NO MASAS, NO QUISTES

**ID: EMBARAZO DE 16 SEMANAS 5 DIAS
FETO VIVO.**


DR. EDUARDO SOLIS Z.
SERVICIO DE ECOGRAFIA

11/8/2020

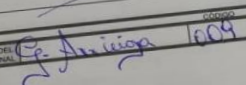
6 CUADRO CLÍNICO DE INTERCONSULTA
Historia de 15 años de embarazo y parto. Embarazo de 16 semanas. Resultados de ecografía. Presentación de feto vivo. Placenta normal. Líquido amniótico normal. Ovarios normales. No masas, no quistes.

7 RESUMEN DEL CRITERIO CLÍNICO
Alumna consciente, lenguaje lógico y coherente, orientada en tiempo y espacio. A lo anterior se fue expresando por parte de la paciente también se refirió haberse presentado a autoridades de salud de su familia para reportar a autoridades.

8 DIAGNÓSTICO
1 Reacción a embarazo 160 X
2 do
3 do

9 PLAN DE DIAGNÓSTICO PROPUESTO

10 PLAN DE TRATAMIENTO PROPUESTO
- Referir a unirse a alta a Unidad Operativa posterior a alta por atención psicológica
- No buscar alta hasta repetir ecografía.

FECHA: 11/8/2020
NOMBRE DEL PROFESIONAL: E. Solis Z.
CÓDIGO: 1004
FIRMA: 
NÚMERO DE REGISTRO: INTERCONSULTA - INFORME

9-MSP/HCU-form 007 / 2008

FICHA ÚNICA DE REGISTRO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO



PROVINCIA: En Río CANTÓN: Obispo BARRIO: _____
 INSTITUCIÓN: MSP FECHA: 7/1/2012 N° REGISTRO / N° H. CLÍNICA: 1205533944

IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA AGREDIDA

APELLIDOS: Bonne Arayo NOMBRES: Jennifer Vnomo C.I.: 1205533944
 EDAD: 25 AÑOS: _____ MESES: _____
 SEXO: MASCULINO FEMENINO
 ESTADO CIVIL: SOLTERO/A CASADO/A VIUDO/A UNIÓN LIBRE DIVORCIADO
 INSTRUCCIÓN: PRIMARIA AÑOS: _____ SECUNDARIA AÑO: _____ UNIVERSITARIA AÑO: _____ NINGUNA OTROS
 DIRECCIÓN DOMICILIO: Bueno de Bonino San Gabriel TELEFONOS: 0990980239
 OCUPACIÓN: Ama de Casa DIRECCIÓN TRABAJO: _____ TELEFONOS: 0995594567

CARACTERÍSTICAS DE LA AGRESIÓN

TIPO DE AGRESIÓN: FÍSICA SEXUAL PSICOLOGÍA
 FRECUENCIA: PRIMERA SUBSECUENTE
 LUGAR: DOMICILIO TRABAJO PÚBLICO CENTRO EDUCATIVO OTROS
 FECHA: 3/1/2012 HORA: 23H30
 ASOCIACIÓN CON: ALCOHOL DROGAS NINGUNO OTROS DESCONOCE
 AGRESIÓN CON: CUERPO ARMA BLANCA ARMA DE FUEGO OBJETO PESADO OTROS
 ESTADO DE CONCIENCIA: CONSCIENTE DESORIENTADO INCONSCIENTE

IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA AGRESIVA

APELLIDOS: Osbeño Veliz NOMBRES: Miguel Angel C.I.: _____
 EDAD: 28 AÑOS: _____ MESES: _____
 SEXO: MASCULINO FEMENINO
 ESTADO CIVIL: SOLTERO/A CASADA VIUDO/A UNIÓN LIBRE DIVORCIADO
 INSTRUCCIÓN: PRIMARIA AÑOS: _____ SECUNDARIA AÑO: _____ UNIVERSITARIA AÑO: _____ NINGUNA OTROS
 DIRECCIÓN DOMICILIO: Bueno de Bonino San Gabriel TELEFONOS: _____
 OCUPACIÓN: Chofer DIRECCIÓN TRABAJO: _____ TELEFONOS: _____
 RELACIÓN CON AGREDIDO/A: ESPOSO/A MADRE PADRE HIJO/A OTROS Esposo
 TRATAMIENTO: CLÍNICO QUIRÚRGICO PSICOLÓGICO OTROS REFERIDO A: _____
 CASO MÉDICO LEGAL: SI NO

OBSERVACIONES: Paciente refiere una Amenorrea por su embarazo en pos ella que no lo denuncia