

11226
63



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
CHIHUAHUA, CHIH.**

TITULO

**PREVALENCIA DE INFECCION DE VIAS URINARIAS EN EL
PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO EN LAS DERECHO-
HABIENTES DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE
CHIHUAHUA DE NOVIEMBRE DE 1998 A
ABRIL DE 1999.**

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar presenta:

DR. MANUEL FERNANDO MEDINA ORTIZ

CHIHUAHUA, CHIH.

SEDE: DELICIAS, CHIHUAHUA

286580.

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**PREVALENCIA DE INFECCION DE VIAS URINARIAS EN EL
PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO EN LOS DERECHO-
HABIENTES DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHI-
HUAHUA DE NOVIEMBRE DE 1998 A ABRIL DE 1999.**

Trabajo para obtener el diploma de especialista en medicina familiar

Presenta:

DR. MANUEL FERNANDO MEDINA ORTIZ


DR. VICTOR HUGO DIAZ CAZARES

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS
GENERALES EN CD. DELICIAS CHIHUAHUA**

ASESOR DE TESIS


**DR. PEDRO DORANTES BARRIOS
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M**

AUTORIZACION DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA


**LIC. MIGUEL ETZEL MALDONADO
DIRECTOR GENERAL DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO**

**PENSIONES CIVILES DEL
ESTADO DE CHIHUAHUA
DIRECCION MEDICA**


**DR. RENE NUNEZ BAUTISTA
DIRECTOR MEDICO DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO**

PREVALENCIA DE INFECCION DE VIAS URINARIAS EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO EN DERECHOHABIENTES DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE NOVIEMBRE DE 1998 A ABRIL DE 1999

TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA :

DR. MANUEL FERNANDO MEDINA ORTIZ

AUTORIZACIONES



DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINACION DE INVESTIGACION DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR DE LA U.N.A.M

INDICE

1.- ANTECEDENTES

2.- PROBLEMA

3.- JUSTIFICACION

4.-OBJETIVOS

5.-METODOLOGIA

6.-RESULTADOS

7.- DISCUSION

8.- CONCLUSIONES

9.- ANEXOS

10 .-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANTECEDENTES

La infección de vías urinarias representan las complicaciones médicas mas comunes durante el embarazo. En la literatura se menciona que son un problema relativamente común. La frecuencia y gravedad de las infecciones de vías urinarias se conocen desde hace mas de un siglo, pero en la actualidad se ha definido con mayor precisión su patogenia , evolución natural y tratamiento.

El embarazo en si, no predispone a la adquisición de bacteriuria, aunque existen estudios que señalan que durante la gestación operan factores mecánicos y hormonales que propician cambios importantes en riñón y vias urinarias, abriendo un campo fértil para las infecciones. Estas infecciones se han vinculado con bajo peso al nacer y parto prematuro(1) También hay evidencia de riesgo de preclampsia y antecedente de IVU en el embarazo(11) Varios cambios tanto anatómicos como fisiológicos se han investigado y que se creen influyen importantemente en la patogenia de la ITU en el embarazo. Los riñones incrementan su tamaño aproximadamente 1 cm..Esto no cooresponde a hipertrofia renal o evidencia histológica sino que este cambio se atribuye a volumen intersticial.

La vejiga se congestiona y es desplazada en forma anterosuperior de su posición anatómica normal. Entre los efectos hormonales se dice que la progesterona se eleva durante la gestación y tiene el efecto de relajar el musculo de la vejiga y ureteros traduciendo en dilatación y disminución de la peristalsis. Al avanzar el embarazo la obstrucción de los ureteros por el crecimiento del utero contribuye a hidronefroureter

particularmente en el lado derecho. Los efectos combinados resultan en un aumento de estasis y volumen urinario de 200 cc con el subsecuente estado favorable por el inicio de crecimiento bacteriano. Otros cambios son la disminución de creatinina sérica y aumento de la excreción de proteínas. Un aumento de la creatinina de más de 0.8 en el embarazo es indicativa de insuficiencia renal y, mientras que las proteínas arriba de 300 mgs, en 24 horas están en los límites normales. (26)

Se ha encontrado que las mujeres con embarazo e IVU tienen el riesgo 4-5- veces mayor de que su descendencia tenga disfunción cerebral como secuela. Las pacientes embarazadas con antecedente de enterocistoplastia tienen más riesgo de infección de vías urinarias (22) Las complicaciones de la ITU en la embarazada son variables siendo la más importante la pielonefritis , que es el daño más importante en el madre. En el feto la incidencia de bajo crecimiento intrauterino de un 54 % cuando la madre es bacteriúrica y el riesgo de prematuridad (< 37 semanas) es doble. La prematuridad se explica por aumento de prostaglandinas estimulada por el proceso infeccioso y por ende precipitación del trabajo de parto .La bacteriuria también predispone a la amnioititis, que como es conocido predispone al parto prematuro. Por estos motivos es importante el tratamiento antimicrobiano en pacientes con bacteriuria temprana. (26)

Así también se ha demostrado que pacientes embarazadas con pielonefritis aguda que presentan hipotermia reactiva producen bradicardia fetal con el consiguiente sufrimiento del mismo. (23)

La infección de vías urinarias se clasifica en .-

- a) Bacteriuria Asintomática
- b) Cistouretritis Aguda
- c) Pielonefritis Aguda

Algunos estudios indican 4 a 7 % de prevalencia de bacteriuria asintomática durante el embarazo. Las cifras más elevadas (11%) se han observado en multíparas de medio socioeconómico bajo. También se ha relacionado con la presencia de células falciformes y anemia materna (1) (2). Hay pruebas de que las infecciones de vías urinarias pueden relacionarse con trabajo de parto pretérmino. Kass por primera vez relacionó por primera vez estas complicaciones con bacteriuria asintomática (2).

Después de la primera infancia las infecciones son más frecuentes en el sexo femenino sobre todo en la etapa de vida sexual activa. La explicación radica en que la corta longitud de la uretra femenina facilita el ascenso de los microorganismos infectantes hacia la vejiga.

La cistitis es 18 veces más frecuente que la pielonefritis y la frecuencia de bacteriuria en embarazadas se sitúa entre 4 y 10 % de la población total, lo que representa cuando menos el doble de la frecuencia en las no embarazadas; 25% de las embarazadas que presentan bacteriuria desarrollarán pielonefritis si no se les administra tratamiento adecuado(2)(25) (26)

La cistouretritis Aguda se manifiesta por disuria, nicturia y polaquiuria y puede presentar franca hematuria y dolor o sensación de pesadez suprapúbica y raramente se presenta fiebre la cual nos indica pielonefritis (2)

La Pielonefritis aguda se manifiesta por fiebre, lumbalgia, malestar general, puñopercusión renal dolorosa (Signo de Giordano +) Puede haber síntomas como disuria, polaquiuria, pujo y tenesmo vesical, así como lumbalgia irradiada a genitales.

El 96 % es producido por microorganismos Gram Negativos o por enterococos. Los más frecuentes son *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsella pneumoniae* y *Enterococos*.(2)

La Bacteriuria Asintomática (BA) es el cuadro mas importante en el embarazo ya que si no se detecta a tiempo puede evolucionar a Pielonefritis Aguda se define como la presencia de un numero de bacterias en orina superior a 100 000 bacterias/ml en al menos dos ocasiones en las cuales se aísla el mismo microorganismo no presentándose en ningún caso sintomatología clínica. (3)

La importancia de BA durante el embarazo fue subrayada por Kass en 1960 quién encontró BA en un 6% de las embarazadas, de las cuales un 40% desarrollo pielonefritis.

En general el riesgo de muerte prenatal, prematurez , crecimiento intrauterino retardado o bajo peso al nacer aumenta en pacientes con BA en infección del tracto urinario (ITU) (3)

(24)

La investigación de BA en toda mujer embarazada, así como su tratamiento en caso de presentarse , son medidas de gran importancia durante el período gestacional , dada la frecuencia de BA en el embarazo (4-25%) y el hecho de que la presencia de sintomatología clínica o antecedentes de ITU no son indicadores útiles de BA. (3) Uno de los criterios más importantes para aceptar la presencia de ITU es la coexistencia de Bacteriuria y Piuria, aceptándose como límite superior de normalidad la presencia de 8-10

leucocitos /mm cúbicos en orina de micción media. La piuria se define como un número de leucocitos igual o superior a 10 leucocitos/mm. cúbicos.(3)

En un estudio de resultados de orina vesical , se sugiere que en mujeres embarazadas la presencia de cultivos mixtos en muestras de orina de micción media incluso con piuria son debidas a contaminaciones, mientras que los cultivos puros aún en casos sin Piuria representan verdaderas BA, De esta forma la frecuencia de BA verdadera durante el embarazo podría cifrarse en 16 %. (3)

En 26 casos de BA estimados en 164 mujeres embarazadas , la piuria se presentó solo en 7 pacientes (27%) en el primer cultivo. Además ninguno de los 12 casos de BA confirmados por cultivo de orina vesical mostraron piuria. Este trabajo demuestra que un considerable número de casos de BA durante el embarazo no se acompaña de piuria por lo que esta no es un indicador util en el diagnostico de BA. (3)

Existe un concepto de bacteriuria significativa para el diagnóstico de infecciones de vías urinarias fue desarrollado por Kass. Sanford y otros a mediados del decenio de 1950 y se basó en la observación de que en la cuenta bacteriana cuantitativa podría ayudar a diferenciar entre la presencia de bacterias que se estaban multiplicando en la orina de las que pasaban hacia la orina eliminada como contaminantes de la uretra o el introito, Este concepto se apoyo al observar que *Escherichia coli* y otras bacterias entéricas crecían bien en la orina humana y podían alcanzar densidades altas en el transcurso de 8 a 12 horas.

La utilidad y consistencia del criterio de más de 10 a la quinta potencia unidades formadoras de colonias (UFC)/ml para el diagnóstico de infecciones de vías urinarias se ha validado repetidas veces .(4) (12)

La frecuencia de actividad sexual reciente , embarazos y prácticas anticonceptivas

no fue estadísticamente diferente entre mujeres con síntomas urinarios agudos y testigos asintomáticos. *Escherichia coli* y *Staphilococo saprophiticus* fueron los únicos microorganismos relacionados estadísticamente con síntomas urinarios y piuria. Se encontraron cuentas bajas de estos microorganismos en 10 .2% de mujeres asintomáticas. A medida que aumentó la cuenta bacteriana se incrementó la relación entre estos microorganismos y los síntomas y ocurrió un incremento gradual en la frecuencia y magnitud de piuria, pero no se modificaron la densidad específica y los valores de la creatinina urinaria.

Hubo piuria (más de 20 leucocitos /mm cúbicos) en 19.6 % de las mujeres asintomáticas y se acompañó de leucorrea vaginal. Por lo tanto la bacteriuria de cuenta baja fue estadísticamente más frecuente en mujeres jóvenes con síntomas urinarios que en testigos asintomáticos, Las cuentas bajas no pudieron explicarse por dilución de la orina o falta de crecimiento adecuado de las bacterias en la orina de las pacientes ,Estos datos sugieren que la infección no estaba establecida en la vejiga urinaria y que la bacteriuria de cuenta baja podría ser una fase temprana de infecciones de vías urinarias (4).

Ogrady y colaboradores propusieron que la disuria – piuria del síndrome uretral en mujeres puede ser una fase de transición de infecciones de vías urinarias en las que la uretra es el principal sitio de colonias e inflamación. Según este concepto la bacterias pueden penetrar en la vejiga pasajeramente pero por la urodinámica y otros mecanismos de defensa del huesped, no pueden crecer lo suficiente .

Para lograr las densidades altas que se observan en infecciones de vías urinarias bien establecidas. Stamey y otros demostraron que era mucho más probable que en mujeres propensas a infecciones urinarias recurrentes, en la uretra y el inrioto vaginal hubiera colonias de bacterias entéricas Gram negativas que en las testigo sanas.(4)

En consecuencia, el hallazgo de cuentas bacterianas bajas de *Esquerichia coli* y otras bacterias entéricas y los valores bajos de piuria en pacientes sintomáticas en un cultivo simple puede ser muy difícil de diferenciar de la frecuencia de fondo de bacteriuria de cuenta baja de un 10 % y piuria de casi 20% observada en pacientes asintomáticas (4)

Por la dificultad para establecer un punto final claro para el diagnostico y la respuesta al tratamiento, y la posibilidad de curación espontánea, se recomienda que para estudios de la evolución de infecciones de vías urinarias y estudios clínicos de medicamentos antinfeciosos, se consideren aparte las pacientes asintomáticas con piuria y bateriuria de cuenta baja de las enfermas con el concepto aceptado tradicionalmente de bacteriuria significativa.(4)..Se ha considerado también la relación de *Granderella vaginalis*, como posible patógeno en la Vaginosis Bacteriana o Bacteriosis Vaginal que indirectamente

puede causar infección del tracto urinario. Es difícil que este patógeno sea detectado fácilmente con los métodos de laboratorio convencionales ya que necesita métodos y medios de cultivos especiales.

Para Lam la colonización del tracto urinario por *G. Vaginalis* es un hecho frecuente ya que se aísla este microorganismo en cuantitativos superiores a 10^5 a la quinta potencia UFC/ml en 17 de 106 pacientes con síntomas de infección urinaria, en uno de 33 pacientes controles sanas y en 4 de 70 mujeres sanas embarazadas(5)

Los resultados han sido similares ya que de las 76 ocasiones en la que se aisló *Granderella* solo en 12 lo fue como único microorganismo y en tres ocasiones le fue otorgado valor patógeno.

Algunos autores refieren que este tipo de microorganismos cuando producen infección no inducen respuesta leucocitaria siendo precisamente esta la causa de la ausencia de piuria por lo cual es difícil su diagnóstico. Las alteraciones del tracto urinario y la inmunosupresión son los factores predisponentes para IVU. Las mujeres entre 20 y 39 años de edad fueron en las que más frecuentemente se encontró infección de vías urinarias.

Por todo lo anterior los métodos especiales de diagnóstico para este patógeno se justifican solo cuando haya datos de piuria sin síntomas o un urocultivo negativo (5) Se ha reportado en la literatura cistitis eosinofílica que aunque se trata de problemas aunados a alergias esto puede predisponer a infecciones oportunistas (6)

La detección oportuna de infecciones del tracto urinario en el embarazo es importante porque evita que trascienda a pielonefritis aguda. Se ha demostrado que las tiras reactivas para demostrar nitritos urinarios son más confiables y baratas y por este método se puede monitorear con más confiabilidad. De esta manera logramos decrecer la infección de vías urinarias sintomática en un 80-90 % .(7)

La vigilancia y el tratamiento precoz por estos métodos reduce el riesgo de la bacteriuria sintomática. La pielonefritis , morbimortalidad neonatal y partos prematuros Se ha demostrado que la prueba de detección de nitritos tiene alta especificidad valor predictivo y eficacia (7) (8).(9).

Se ha encontrado evidencia de niveles altos de interleukina-6 que es un componente de reacción inflamatoria del huésped cuando hay infecciones del tracto urinario.

Sabemos que este tipo de compuestos aceleran el trabajo de parto prematuro produciendo la morbimortalidad perinatal . La interleukina-6 fue siete veces más alto en pacientes con parto prematuro que en las inducidas (10).

Se ha comentado también sobre la infección por Chlamidia Tricomatis ya que en el 5-30% de las mujeres la infección esta restringida a la uretra por lo cual es importante la detección oportuna por medio de la técnica de reacción en cadena de ligasa que es 94% efectiva y con alta sensibilidad en mujeres embarazadas (13) (18)

En los años recientes se efectuaron estudios para definir el tratamiento de cistitis complicada. Con la mayoría de los fármacos el tratamiento de 3 días parece ser eficaz por el tiempo y bajo costo. Se utiliza también los de dosis única pero tienen menos curación en especial con amoxicilina y cefalosporinas via oral, así como con sulfas y quinolonas, De

todas formas el tratamiento de tres o más días fué mas eficaz. Los tratamientos de 7 días se reservan para pacientes con embarazo que inducirán índices menores de curación.

Hooton sugiere que el régimen de tres días es mejor que el de un solo día. El trató a sus pacientes con trimetoprim que es mejor para el que los beta lactamicos..Para la pielonefritis recomienda fluoroquinolonas o aminoglicosidos e incluso el trimetoprim pero por 15 días (20).

Un 20 % de jovenes con cistitis tiene infecciones recurrentes debido a la existencia de focos de infección recurrente pero el 90% son de reinfección exógena como por espermaticidas y diafragmas vaginales. En la cistitis recurrente debe de hacerse cultivo urinario y después darse profilaxia continua.(13)

En la pielonefritis aguda el microorganismo causante es la Esquerichia coli en el 80 % de los casos. Las pacientes embarazadas deben tener hospitalización y tratamiento intravenoso inicial y después continuar la vía oral.

En todas las pacientes embarazadas debe buscarse bacteriuria asintomática en el primer trimestre y tratar de reducir el riesgo de prematurez y bajo peso. Para esto debe contarse con pruebas de suceptibilidad adecuadas .Se recomiendan sesiones de tres días de amoxicilina, nitrofurantoina una cefalosporina por vía bucal o trimetoprim y sulfametoxazol. Después de una respuesta satisfactoria al tratamiento cada mes deben efectuarse urocultivos por si se presenta bacteriuria recidivante. (14)

Se ha encontrado en otro estudio con 120 mujeres que el tratamiento profiláctico con cefaclor 250 mgs al acostarse o microcristales de nitrofurantoina 50 mgs por 12 meses fue

muy efectiva para infecciones urinarias recurrentes. Este régimen resultó mejor que el de 6 meses (15).

En infecciones recurrentes en mujeres embarazadas también se ha recomendado tratamiento postcoito con 250 mgs de cefalexina o 50 mgs de nitrofurantoina las cuales fueron altamente eficaces (16) (19).

En 25 pacientes con infección de vías urinarias recurrente sin anomalías anatómicas se insertó en la vagina antígenos anti E. Coli .Se observó que los niveles de IgG y IgA aumentaron significativamente en el tejido vaginal lo cual nos da una pauta a seguir en la profilaxis de IVU en el embarazo.(17)

PROBLEMA

En la practica diaria como medico familiar toda paciente embarazada acude con nosotros a su primera atención prenatal. Es muy importante para la paciente y su producto que nosotros detectemos oportunamente en el primer trimestre de embarazo cualquier proceso infeccioso temprano para poder brindar seguridad de evitar secuelas tanto en la madre como en el producto

Es importante también conocer si el tratamiento instituido por los médicos familiares es el indicado en tiempo y tipo de antibioticoterapia de acuerdo a los resultados de los estudios de laboratorio prenatales y si estos se hacen en toda paciente embarazada.

Por esto mi pregunta es:

¿Cuál es la prevalencia de infección de vías urinarias en el primer trimestre de embarazo en las derecho-habientes de Pensiones Civiles del Estado Delegación Chihuahua de Noviembre de 1998 a abril de 1999?

JUSTIFICACION

La infección de vías urinarias en el embarazo es la patología más frecuente en este estado de la mujer y por ende nos genera riesgo materno infantil como retardo en el crecimiento intrauterino fetal, prematuridad, riesgo perinatal y anomalías congénitas. En el feto la incidencia de bajo crecimiento uterino se reporta en un 54 % cuando la madre es bacteriúrica y el riesgo de prematuridad es doble (26) Así también se reporta que las pacientes embarazadas con pielonefritis aguda con hipotermia reactiva presentan bradicardia fetal con el consiguiente sufrimiento del mismo.(23). Se ha observado que el 11 % de las multiparas de medio socioeconómico bajo presentan bacteriuria asintomática (1 , 2) así como también Kass demostró la relación con parto pretérmino (2). La presencia de bacteriuria en embarazadas es más frecuente que en la población total en un 4 a 10 % que en la población total lo que significa el doble de frecuencia que en las no embarazadas y 25 % de las embarazadas que presentan bacteriuria desarrollan pielonefritis si no se les administra tratamiento antimicrobiano adecuado (2,25,26) Es importante por lo anterior conocer la prevalencia y tener un diagnóstico temprano del cuadro infeccioso para evitar tales riesgos descritos y brindar a la paciente un mejor control prenatal y a la vez no disminuir su actividad laboral y evitar incapacidades prolongadas al instituto. Por supuesto que a mi me ayudaría a servir mejor a la comunidad y brindar la mejor atención al paciente y su producto , ya que una de las metas y logros en mi formación como médico familiar es traer miembros nuevos al núcleo familiar en el mejor estado de salud.

La pirámide poblacional del instituto nos dice que la población femenina en edad fértil de 20 a 35 años es de 8250, por lo que es de esperarse un número aproximado de 495 mujeres con infección de vías urinarias de acuerdo a las estadísticas mundiales.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de infección de vías urinarias en las derechohabientes de Pensiones Civiles del Estado Delegación Chihuahua en el primer trimestre del embarazo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Conocer la prevalencia de abortos por esta causa
Determinar si se detectan oportunamente tales infecciones
Identificar si la edad influye en el cuadro clínico.
Determinar el tratamiento instituido.

METODOLOGIA

Se realiza un estudio observacional ,descriptivo, transversal y retrospectivo.

POBLACION LUGAR Y TIEMPO

Mujeres en el primer trimestre de embarazo derechohabientes de pensiones civiles del estado de la ciudad de Chihuahua de Noviembre de 1998 a abril de 1999

Muestra.-

-Expedientes clínicos de mujeres embarazadas en el primer trimestre en el tiempo indicado en derechoabientes de pensiones civiles del estado.

Criterios de selección.-

-Criterios de inclusión.-

derechohabientes de pensiones civiles del estado

presentar embarazo en el primer trimestre e infección de vías urinarias.

presentar disuria tenesmo vesical ,poliuria y/o ego o cultivo urinario positivo.

CRITERIOS DE EXCLUSION.-

- No ser derechohabientes de pensiones civiles del estado
- Antecedentes de infección de vías urinarias crónica-
- Diabéticas
- Malformaciones congénitas de vías urinarias.

MUESTRA.- se tomó de acuerdo a las pacientes embarazadas en el período de tiempo establecido.

VARIABLES-

Dependientes.- edad, síntomas , exámenes de laboratorio y tratamiento

Independientes.- Pacientes embarazadas en el primer trimestre

UNIVERSO DE TRABAJO.-

Expedientes clínicos de pacientes embarazadas e infección de vías urinarias en el primer trimestre en pensiones civiles del estado de Chihuahua

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.- Se anexa.

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.-

- 1.- Se utilizará listado de pacientes con embarazo en el primer trimestre e infección de vías urinarias.
- 2.-Se trabajara con expedientes clínicos diarios
- 3.-Se analizará cada expediente.
- 4.- Después se pasaran los datos a la computadora para su análisis

ANALISIS DE DATOS.-

- Se utilizará medidas de tendencia central como promedio, mediana y modo

-Se graficará con barras y gráficas de pastel

-Para el análisis estadístico se usará la chi cuadrada

y t de studens

DEFINICION DE LAS VARIABLES

EDAD.- Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad.

SINTOMAS CLINICOS DE INFECCION DE VIAS URINARIAS.-

- ◆ Disuria
- ◆ Poliaquiuria
- ◆ Tenesmo Vesical
- ◆ Urgencia miccional
- ◆ Pujo

Se tomarán en cuenta la existencia de dos o más síntomas anteriores presentes en el expediente clínico.

EXAMENES DE LABORATORIO.-

Se definirá como infección de vías urinarias todo el examen de laboratorio en el cual se demuestre bacteriuria sintomática o no y se acompañe o no de síntomas

La bacteriuria se define como la muestra que contiene más de 100 000 colonias de bacterias / ml. de orina

DEFINICION OPERACIONAL.- Se define para este estudio la infección de vías urinarias como:

- ◆ Presencia de bacterias en la orina de +++ a abundantes en el primer trimestre de Embarazo.
- ◆ Leucocituria de 10 leucocitos por campo hasta abundantes o incontables.
- ◆ Urocultivo positivo de mas de 100 000 colonias / ml de orina

TRATAMIENTO.- Administración medicamentosa tanto vía oral o parenteral para anular las propiedades infecciosas de cualquier bacteria patógen

DEFINICION OPERACIONAL.- Cualquier administración medicamentosa que se haya aplicado en el primer trimestre de embarazo manifestada en el expediente clínico

CONSIDERACIONES ETICAS

Tomando en cuenta los enunciados de la declaración de Ginebra, adaptados por la XVIII Asamblea Médica Mundial (Helsinki , Finlandia), en 1964 y revisada por la XXIX, Asamblea Mundial , (Tokio, Japón), en 1975 ; y de acuerdo con el sexto principio fundamental en el cual se respetará el respeto al derecho de cada individuo a salvaguardar su integridad personal. Se aportarán todas las precauciones para respetar la intimidad del sujeto para reducir al mínimo las repercusiones del estudio en la integridad física y mental del sujeto.

En el presente estudio solo se trabajará con expedientes clínicos de embarazadas sin considerarse la autorización de ellas y los resultados que se obtengan se manejaran en forma confidencial. .

RESULTADOS

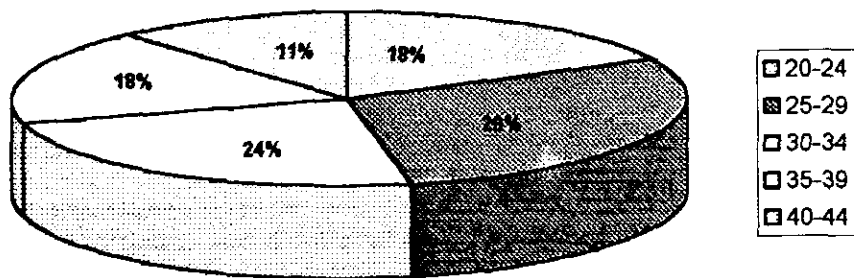
- 1.- La edad más recuente del grupo es de 25 A 29 años de edad con el 29.11 %, seguido por el grupo de 30 A 34 años con el 24.05 %. (cuadro y gráfica No. 1)
- 2.- En lo que respecta a la edad en relación con la sintomatología se encontró que la edad más frecuente fue la de 30 a 34 años con un 27.75 % seguida de las de 35-39 años con un 17.07 %. (Cuadro y gráfica No. 2)
- 3.- De todo el grupo se encontró que en 21 hubo Bacteriuria por cultivo, que corresponde al 26.58 % y 58 pacientes negativos que son el 73.41 %. (cuadro y gráfica No. 3)
- 4.- La frecuencia de Bacteriuria asintomática fue de 2 en total que son el 9.52 % y con manifestación de síntomas 19 pacientes que corresponde al 90.47 %. (cuadro y gráfica No 4)
- 5.- Se comparó la bacteriuria asintomática y tratamiento farmacológico y se encontró que solo 3 recibieron tratamiento que son el 15.78 % mientras que 16 no lo recibieron que fue el 84.21 %. (cuadro y figura No 5)
- 6.- De l total de pacientes con bacteriuria asintomática el 52.63 % sufrieron amenaza de aborto y en el 47.36 % no hubo tales complicaciones.(cuadro y gráfica No. 6)
- 7.- El 16.45 % del total tuvo amenaza de parto prematuro contra el 83.54 % que no tuvo problemas. (cuadro y gráfica No 7)
- 8.- Del total solo 25 pacientes que son el 31.64 % visitaron al ginecólogo y el 68.35 % o sea 54 pacientes fueron controlados por medicina familiar (cuadro y gráfica No 8)
- 9.- Las pacientes con infección de vías urinarias previa al embarazo fueron 15 con un 71.42% y las que no lo presentaron fueron 6 pacientes o sea el 28.57 % (cuadro y gráfica No. 9)

DISTRIBUCION POR GRUPOS ETAREOS
NOVIEMBRE DE 1998 - ABRIL DE 1999

Cuadro 1

Edad	No	Porcentaje
20-24	14	17.72%
25-29	23	29.11%
30-34	19	24.05%
35-39	14	17.72%
40-44	9	11.39%
Total	79	100%

Grafica 1



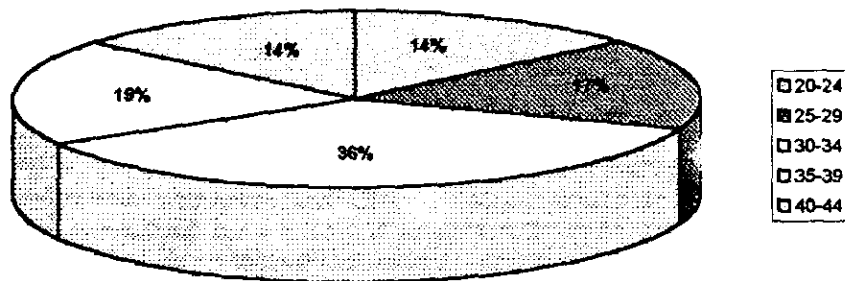
Fuente: Archivo Clínico Pensiones Civiles del Estado Chihuahua, Chih.

RELACION ENTRE LA EDAD Y SINTOMATOLOGIA
NOVIEMBRE DE 1998 - ABRIL DE 1999

Cuadro 2

<i>Edad</i>	<i>No</i>	<i>Porcentaje</i>
20-24	5	10.67%
25-29	6	12.80%
30-34	13	27.75%
35-39	7	17.07%
40-44	5	10.67%
Total	36	46.80%

Grafica 2



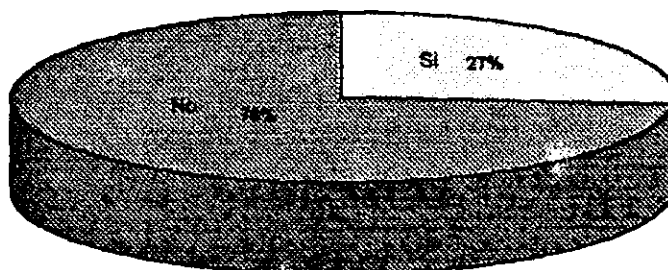
Fuente: Archivo Clinico Pensiones Civiles del Estado Chihuahua, Chih.

**TOTAL DE PACIENTES CON BACTERIURIA COMPROBADA
POR CULTIVO URINARIO
NOVIEMBRE DE 1998 - ABRIL DE 1999**

Cuadro 3

Pacientes	Bacteriuria	Porcentaje
<i>Si</i>	21	26.58%
<i>No</i>	58	73.41%
Total	79	100%

Grafica 3



Fuente: Archivo Clinico Pensiones Civiles del Estado Chihuahua, Chih.

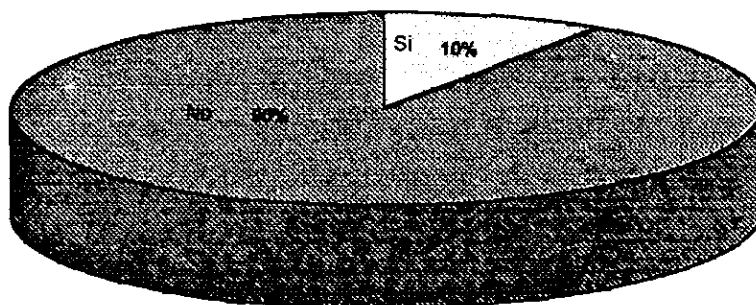
RELACION ENTRE LA BACTERIURIA Y SINTOMAS URINARIOS

NOVIEMBRE DE 1998 - ABRIL DE 1999

Cuadro 4

Sintomas	No	Porcentaje
Si	2	9.52%
No	19	90.47%
Total	21	100%

Grafica 4



Fuente: Archivo Clinico Pensiones Civiles del Estado Chihuahua, Chih.

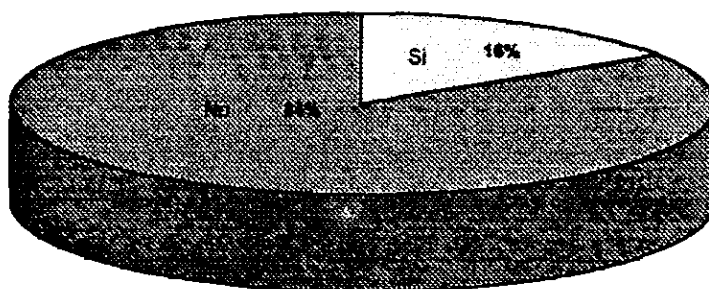
**RELACION ENTRE BACTERIURIA ASINTOMATICA
Y TRATAMIENTO FARMACOLOGICO**

NOVIEMBRE DE 1998 - ABRIL DE 1999

Cuadro 5

Tratamiento	No	Porcentaje
Si	3	15.78%
No	16	84.21%
Total	19	100%

Grafica 5



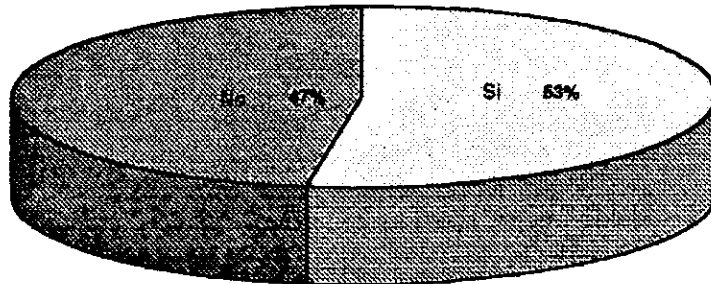
Fuente: Archivo Clinico Pensiones Civiles del Estado Chihuahua, Chih.

**RELACION ENTRE BACTERIURIA ASINTOMATICA
Y AMENAZA DE ABORTO
NOVIEMBRE DE 1998 - ABRIL DE 1999**

Cuadro 6

Pacientes	No	Porcentaje
<i>Si</i>	10	52.63%
<i>No</i>	9	47.36%
Total	19	100%

Grafica 6



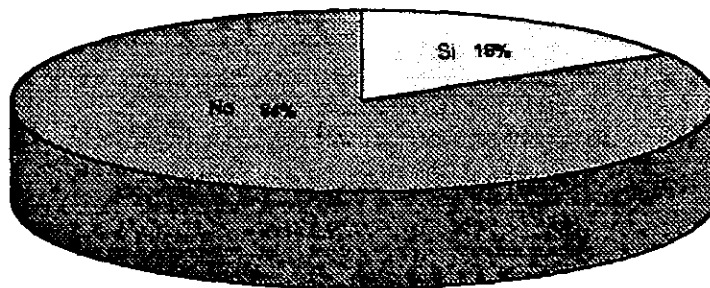
Fuente: Archivo Clinico Pensiones Civiles del Estado Chihuahua, Chih.

TOTAL DE AMENAZA DE PARTO PREMATURO
NOVIEMBRE DE 1998 - ABRIL DE 1999

Cuadro 7

Pacientes	No	Porcentaje
<i>Si</i>	13	16.45%
<i>No</i>	66	83.54%
Total	79	100%

Grafica 7



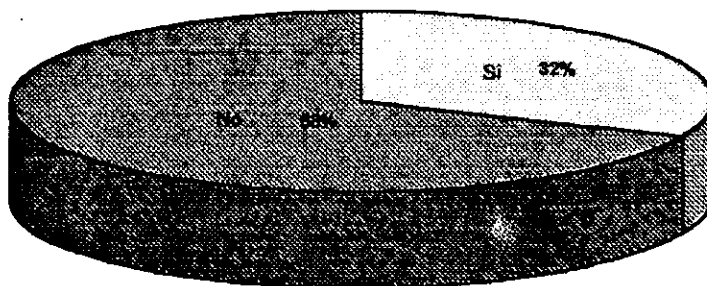
Fuente: Archivo Clinico Pensiones Civiles del Estado Chihuahua, Chih.

TOTAL DE PACIENTES ENVIADOS A GINECOLOGIA
NOVIEMBRE DE 1998 - ABRIL DE 1999

Cuadro 8

Pacientes	No	Porcentaje
Si	25	31.64%
No	54	68.35%
Total	79	100%

Grafica 8



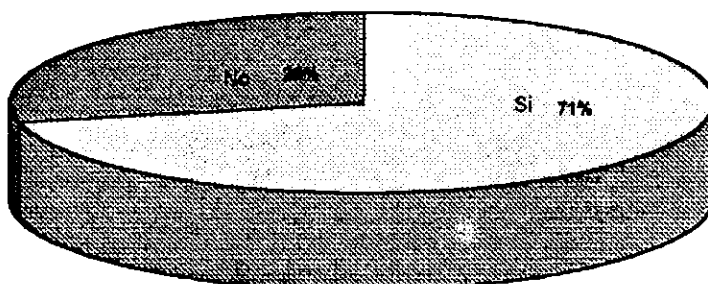
Fuente: Archivo Clinico Pensiones Civiles del Estado Chihuahua, Chih.

**RELACION ENTRE IVU PREVIA
E IVU EN PRIMER TRIMESTRE
NOVIEMBRE DE 1998 - ABRIL DE 1999**

Cuadro 9

Pacientes	No	Porcentaje
Si	15	71.42%
No	6	28.57%
Total	21	100%

Grafica 9



Fuente: Archivo Clinico Pensiones Civiles del Estado Chihuahua, Chih.

DISCUSION

La edad en que se encontró con mayor frecuencia la infección de vías urinarias fue el de 25 a 29 años lo cual no corresponde al promedio de edad encontrado en un estudio hecho en la Clínica Mayo de Minnesota. (24) .Aunque es importante subrayar que en los últimos años la frecuencia de edad ha ido disminuyendo asombrosamente.

En lo que respecta a la detección de la bacteriuria por cultivo solo se encontró en el 26.58% que no corresponde a los estudios realizados (4,7,8,9) pero puede deberse a lo pequeño de la muestra y a las dificultades de realizar estos estudios en todas las pacientes sugestivas de infección de vías urinarias o con piuria en el examen general de orina.

De todos los pacientes con bacteriuria , el 90.47 % no presentó síntomas lo cual nos indica que es importante detectarla por laboratorio en los exámenes iniciales y al interrogatorio dirigido, haciendo una real Medicina Familiar para evitar la morbimortalidad maternoinfantil como se menciona en los antecedentes. (3,4,5,6)

En lo que respecta a el tratamiento recibido cuando existe Bacteriuria Asintomática solo el 15.78 % lo obtuvo. Este dato nos dice que más de la mitad quedaron desprotegidas causando un gran riesgo para provocar amenaza de aborto según este estudio en el 52.63 % y amenaza de parto prematuro en el 16.45 % .En este punto es necesario añadir que mientras no se diagnostique y no se de tratamiento farmacológico tempranamente se evolucionará hacia una pielonefritis aguda como indican los estudios realizados . (3,24,25 26).

Solo el 31.64 % de las pacientes estudiadas fue enviada a atención de segundo nivel al servicio de ginecología, lo que nos indica que un buen porcentaje fue manejado por el Médico Familiar en forma satisfactoria. No se reportan estudios de este parámetro en la literatura actual.

En cuanto al antecedente de infección de vías urinarias previo al embarazo fue de 76.3 % que no coincide con la literatura que es del 20-43 % y puede deberse al mal manejo o al no diagnóstico oportuno. (2,3,25,26)

CONCLUSIONES.-

- 1.- La infección de vías urinarias en el embarazo tiene una alta prevalencia en nuestra institución .
- 2.- El envío de pacientes al laboratorio tempranamente en el curso de su embarazo si se lleva a cabo en un 70 % lo cual nos da un buen índice de detección temprana, que es lo que se pretende estandarizar.
- 3.- El índice de abortos y partos prematuros como consecuencia de IVU en el embarazo no es importante en nuestra institución como consecuencia de la acción anterior
- 4.- Efectivamente la edad es un factor de riesgo que aumenta la frecuencia de IVU en el embarazo y el riesgo de prematurez en nuestras pacientes.
- 5.- Un gran porcentaje de pacientes recibieron fármacos tempranamente el cual es uno de los objetivos como médicos familiares para evitar riesgos perinatales.
- 6.- El envío a segundo nivel es bien comprendido por nuestros médicos ya que solo se envían pacientes cuando es estrictamente necesario, fortaleciendo así la acción del médico familiar en el primer nivel de atención.

En lo que respecta de que manera puede contribuir mi trabajo, pienso que si se conocen todos los riesgos perinatales con mas exactitud y veracidad sobre todo, podemos hacer grandes acciones para mejorar el nivel de salud de nuestra población maternoinfantil. Pero en mi opinión de nada sirve que este trabajo vaya a la biblioteca de mi institución y no se le haga mención de otra manera más efectiva. Creo que es conveniente difundir el resultado de esta investigación para crear verdadera conciencia en el médico de primer nivel de todas las armas que podemos usar y que no seamos solo médicos derivadores de problemas a segundo nivel.

El beneficio para mi es que me ha comprometido con el paciente y mi institución a hacer todo lo que este de mi parte para evitar daños en la población derechohabiente. Darme cuenta de la realidad haciendo yo mismo un trabajo de investigación me da fuerzas para en un futuro seguir haciéndolo en otras áreas que puedan ser de utilidad para todos. La

institución se verá mas fortalecida ya que será conocedora de sus problemas y las soluciones a estos.

Mi trabajo que si bien no es excelente , trata de dar lo mejor de mi , haciendo un esfuerzo para hacerlo lo mejor posible. Lo más importante para mí fue el llegar ha concluirlo ya que nunca he sido bueno para este tipo de trabajos. Lo más difícil fue la consulta de expedientes clínicos ya la verdad sea dicha no se encuentran bien documentados. Creo que todo lo malo y lo bueno de este trabajo debe de darnos fuerza y armas para seguir adelante más que desanimarnos. Gracias por todo.

CRONOGRAMA

	May-99	Jun-99	Jul-99	Ago-09	Sep-99	Oct-99
REVISION DE EXPEDIENTES						
ORGANIZACIÓN Y PRESENTACION DE DATOS						
ANALISIS E ITERPRETACION						
CONCLUSIONES						

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

No. Progr.	No. Pensiones	Edad	Sintomas	Laboratorio	Tratamiento	A. de Aborto	A. de P. Prematuro	Ginecólogo
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Bacteriuria asintomática recurrente en el embarazo y bajo peso al nacimiento, Leyva Gonzalez Félix, Salas Romero María. Rev. Med. IMSS 1998 Vol. 36 Pags 39-43.
- 2.- Revisión Actualizada Sobre infección de Vías Urinarias Infectología Año 15 Num. 8 Agosto de 1995 Pags. 326-330
- 3.-De La Rosa Manuel, Rojas Almudena Bacteriuria asintomática y Piuria durante el embarazo Enf. Inf. Microbiol. Clin Vol 12 No. 2, Feb. 1994; 79-81
- 4.-Calvin M. Kunnin, MD ; Laura Van Arsdale revaloración de la importancia de la Bacteriuria de cuenta baja en mujeres jóvenes con síntomas Urinarios Agudos Ann. Intern. Med. Ed. Mexicana Vol. 2 Num 1 ; 34-39
- 5.-Andreu Antonia, Navarro María y Fernandez Francisco. *Granderella Vaginalis* como Patógeno Urinario. Enferm. Infecc. Microbiol. Clin. 1994; 12: 346-349
- 6.- Chamberlin O. Robert MD Eosinophilic cystitis during pregnancy Department of Gyn. And Obst. Medical Center ; 1995: 28-29
- 7.-Bachman W John A, Study of various tests to detect asymptomatic urinary tract infections in an obstetric population. *Jama*. Oct. 1993 Vol. 270 Num. 16 Pag. 1971-74.
- 8.-J- Pallarés et al. Evaluación de diferentes métodos de diagnóstico rápido en la detección de bacteriuria en la gestante. *Atención primaria* Oct. 1990 Vol. 7 Num. 9, 547-550.
- 9.-Ortiz I, FJ y col: Utilidad de dos pruebas para el diagnóstico presuntivo rápido en infecciones de vías urinarias y embarazo. *Ginecología Obstetricia Mex.* 1993; 61: 290-294
- 10.- Andrews W. Amniotic fluid interleukin-6: Correlation with upper genital tract microbial colonization and gestational age in woman delivered after spontaneous labor versus indicated delivery. *Am J Obstet. Gynecol* Aug. 1995. Vol. 173 Num. 2 606-612.
- 11.-Abi-Said-D, Annegers-JF; Combs-Cantrell-D; Frankowski-RF Case control study of the risk factors for eclampsia *Am-J-Epidemiol.* 1995 August 15; 142(4) ; 437-41
- 12.-Furrer-H; Malinverni-R. Urinary tract infections in adults: old and current aspects. *Ther-Umsch* 1994 Dec. 51 (12): 842-52
- 13.-William W. Andrews, PhD MD, Helen H Lee, PhD Detection of genitourinary tract chlamidia trachomatis infection in pregnant women by ligase chain reaction assay. *Obstet Gynecol.* 1997; 89: 556-60
- 14.- Stam Walter Hooton Thomas. Tratamientos de infecciones en vías urinarias en adultos *Infectología* Año 14 Num 8. Agosto de 1994; 382-95
- 15.-Brumfitt-W; Hamilton-Miller-JM. A comparative trial of low dose cefaclor and macrocrystalline nitrofurantoin in the prevention of recurrent urinary tract infection. 1995 Mar-Apr; 23(2): 98-102

- 16.-Alphonse Pfau and Theodore G. Sacks Effective prophylaxis for recurrent urinary tract infections during pregnancy CID;1992;14 April,810-14.
- 17.- David T. Uehling,Walter J. Hopkins Phase I clinical trial of vaginal mucosal immunization for recurrent urinary tract infection The Journal of Urology;Vol 152,Dic. 1994 ;2308-2311
- 18.-Anona L Blackwell.Philip D. Thomas.Health gains from screening for infection of the lower genital tract in women attending for termination of pregnancy The Lancet Vol 342,Jul 24, 1993;206-209.
- 19.-Stapleton -A; Stamm-WE .Prevention of Urinary tract infection. Infect.-Dis. -Clin-North-Am.1997;Sept;11(3):719-33
- 20.- Hooton -TM;Stamm-WE Diagnosis and treatment of uncomplicated urinary tract infection .Infect-Dis-Clin-North-Am.1997;Sept;11(3):551-81
- 21.-Polivka-BJ;Nickel-JT;Wilkins-JR Urinary tract infection during pregnancy:a risk factor for cerebral palsy J-Obstet.-Gynecol-Neonatal-Nurs.1997 Jul-August;26(4):405-13
- 22.-Yamazaki;Yago-R.Toma -H Pregnancy after augmentation cystoplasty .A case report Nippon-Hinyokika-Gakkai -Zasshi.1997 Jun;88(6):632-5
- 23.-Hankins-GD;Leicht-T Van-Hook-JW Prolonged fetal bradycardia secondary to maternal hypotermia in response to urosipsis.Am-J-Parinatol.1997.Apr.;14(4):217-9
- 24.-Grio-R;Porpiglia-M Vetro-E Uligini-Rpiacentino-R Mini-D.Asymptomatic bacteriuria in pregnancy: maternal and fetal complications.Panminerva-Med-1994 Dec.;36(4)198-200
- 25.-Indrisbegovic-S;Mehmedbasic-S,Perva-S .Urinary infection during pregnancy and methods of prevention.Med.Arch.1991;45(3-4):95-96.
- 26.- Jodi K. Maranchie, MD, Carl C. Capelouto,MD, Kevin R. Loughlin,MD. Urinary Tract Infection During Pregnancy , Harvard Program of Urology,Longwood Area ,Boston Mass.