

11226
2ej
262



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



**AMENAZA DE PARTO PREMATURO E INFECCION DE
VIAS URINARIAS**

T E S I S

Para acreditar el diploma de la especialidad en

MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Dr. Carlos Enrique Rodríguez Rubio

Asesor:

Dr. Luis Gabriel Calderón Hinojosa

Morelia, Mich.

Diciembre de 1985





Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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.

I N D I C E .

INTRODUCCION Pág. 1

ANTECEDENTES CIENTIFICOS Pág. 2

MATERIAL Y METODOS Pág. 7

RESULTADOS Pág. 8

DISCUSION Pág. 11

RESUMEN Pág. 14

BIBLIOGRAFIA Pág. 16

INTRODUCCION.

La infección de vías urinarias en la mujer grávida es una complicación que compromete aproximadamente a 10 de cada 100 embarazadas de acuerdo a estadísticas norteamericanas.

Se dice que la pielonefritis es la entidad más grave ya que condiciona hasta un 2% de mortalidad materna. El diagnóstico precoz de tal afección contribuye sin duda, a reducir considerablemente la morbi-mortalidad materna y fetal.

Dentro de la sistematización en los programas de salud de distintas instituciones norteamericanas y en nuestro país, está incluido el estudio general de orina como medida oportuna para la detección de infección de las vías urinarias. Este recurso es de gran valía, sin embargo se vé que por causa de diversos factores, las mujeres embarazadas, derechohabientes de nuestra institución ingresan frecuentemente a nuestra Unidad con embarazos de pretermino con franca actividad uterina, tendiente a la expulsión del producto. El cual de llegar a parto nace con bajo peso y con la consecuente inmadurez organofuncional que aumentara considerablemente su mortalidad.

Ante esta situación nace la inquietud de conocer la frecuencia de asociación de infección de vías urinarias y la amenaza de parto prematuro en nuestra unidad y de hacer un análisis sobre el manejo de estas pacientes y sus resultados.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

Se transcriben anotaciones textuales sobre el problema. Así como la referencia bibliográfica para su consulta en la Bibliothemeroteca de nuestra Unidad.

Ralph C. Benson. Diagnóstico Clínico y Tratamiento Ginecología y Obst. Pág. 563-564. 25ava Edición. Editorial Manual Moderno.

INFECCIONES DE VIAS URINARIAS DURANTE EL EMBARAZO.

Las vías urinarias son especialmente vulnerables durante el embarazo, debido a la secreción aumentada de hormonas sexuales esteroideas y la presión ejercida por el útero grávido sobre vejiga y ureteros - provocando hipotonía y congestión y predisponen al estancamiento urinario, la cervicitis y la vaginitis también predisponen a infección urinaria, el traumatismo del parto y el parto con la retención urinaria postpartum pueden iniciar o agravar una infección del sistema urinario; Escherichia Coli es el microorganismo causal en más de 2/3 partes de los casos.

Casi el 10% de las mujeres embarazadas sufren de infección de vías urinarias. La pielonefritis crónicas es causa frecuente de muerte en mujeres de mayor edad. Con frecuencia resulta de infecciones agudas de vías urinarias repetidas durante embarazos sucesivos.

La infección de vías urinarias aumenta la probabilidad de parto prematuro y la frecuencia de mortalidad perinatal.

John M. Davison y Marshall D. Lindheimer
Clínicas obst. y ginecológicas. Riesgo alto en Obstetricia. Enfermedades renales en mujeres grávidas. Vol. # 2 1978 Pág. 453-481.

La coexistencia del embarazo y enfermedades del parénquima renal preocupa e inquieta a los clínicos, quienes en el pasado terminaban con gran rapidez tales embarazos, cualquier que fuese el tipo y gravedad del padecimiento de la paciente. Nosotros hemos revisado este tópico y, si bien admitimos la escases de datos fidedignos de investigación, hemos concluido que las mujeres con enfermedad leve y moderada toleran bien el embarazo. La clave del éxito estriba en la vigilancia cuidadosa del curso antenatal y la cooperación muy estrecha entre obstetra, -nerrólogo y pediatra; por último la capacidad para descubrir e interpretar enfermedades renales durante el embarazo requiere de un conocimiento cabal de las notables alteraciones que tienen lugar en las vías urinarias de las mujeres grávidas normales.

De los mismos autores de la referencia bibliográfica anterior dice en la Pág. 455:

La intección asintomática de las vías urinarias ha sido vinculada con anemia, hipertensión y parto prematuro, si bien tales afirmaciones no han sido todavía comprobadas.

Se ha registrado incremento en la frecuencia de patología oculta de las vías urinarias. Entre mujeres con bacteriuria asintomática durante el embarazo - siendo más frecuente las anormalidades pielográficas defectos de concentración de orina y disminución leve de la función hemodinámica renal. Así -- pues en pacientes con bacteriuria gestacional confirmada debe efectuarse valoración de las vías uri-

narias después de una exámen postnatal sistemático. El entoque clínico a la mujer grávida con intección sintomática de las vías urinarias difiere en lo absoluto del correspondiente al utilizado para la mujer con bacteriuria asintomática; la pielonefritis aguda es la complicación renal más frecuente de la grávidez ocurre en 1 a 2% de todos los embarazos. Antes de la era antibiótica la pielonefritis a menudo causaba muertes maternas y en una serie publicada recientemente se observó choque séptico en 3% de las enfermas. Por otra parte se cita a la pielonefritis como causa del retraso del crecimiento intrauterino, prematurez, anormalidades congénitas y retraso mental. Aunque se ha afirmado que el ataque inteccioso ejerce poco efecto sobre la hemodinámica renal en paciente no grávidos, se ha observado que tales ataque durante el embarazo producen disminución transitoria pero muy manifiesta de la intensidad de la filtración glomerular.

WILLIAMS. OBSTETRICIA Pág. 648-654
7a. Edición 1978 Editorial Salvat.

Algunos investigadores piensan en la bacteriuria como causa de parto prematuro y así mismo, del aumento de la morbilidad y mortalidad neonatal. En un estudio reciente de Kass, la incidencia de nacimientos prematuros, definidos por un peso menor de 2500 grs. entre 95 mujeres con bacteriuria, las cuales solo recibieron placebos durante el embarazo fué de un 27% mientras que 84% mujeres con bacteriuria fueron tratadas con agentes antimicrobianos la tasa de reducción fué al 7%. Las tasas de muerte perinatal fueron de 14 a 0% respectivamente.

Sobre la base de un extenso estudio en Australia - Kincaid-Smith y Bullen informaron de una proporción relativamente alta de recién nacidos con bajo peso al nacer entre las mujeres con bacteriuria no tratada, pero estos investigadores fueron incapaces de reducir de manera significativa esta proporción mediante un tratamiento antimicrobiano. Estos autores deducen que la bacteriuria durante el embarazo es por lo común una manifestación fundamental de enfermedad renal crónica, lo cual explica la alta incidencia de nacimientos con peso inferior al normal y pérdidas perinatales. Otros investigadores han sido incapaces de corroborar esta pretendida relación entre bacteriuria y bajo peso en el momento del nacimiento, por lo tanto a partir de las pruebas actualmente disponibles puede concluirse que si bien existe relación entre bacteriuria y prematuridad. La bacteriuria no constituye el principal factor en la génesis de niños de bajo peso y que la erradicación reduciría muy poco la prematuridad.

Patrick Duff. Clínicas obstétricas y ginecológicas. Pág. 23 a 39 Pieloneuritis en el embarazo.

Vol. 1 1984 Marzo. Edit. Interamericana.

Este autor en el capítulo mencionado se refiere a la prematuridad.

Las pacientes con bacteriuria asintomática que son tratadas y permanecen libres de infección no parece que tengan un incremento en el riesgo de presentar un parto prematuro. Esta misma conclusión parece garantizada para las pacientes que están tratadas adecuadamente de su pieloneuritis aguda y cistitis, de aparición precoz en el embarazo y que no desarrollan una infección recurrente de la parte superior del tracto urinario. Las pacientes que presentan un

mayor riesgo para la presentación de un parto pre ter mi no, son aquellas en las que se asocia un parto pre ma turo con infección de vías urinarias e ingresan al hospital con una avanzada dilatación cervical.

La experiencia indica que el parto prematuro que requiere de tocolisis se presentará en un 4% de las pa ci en tes con pielonetrítis aguda.

MATERIAL Y METODOS.

Se trata de un estudio basado en una encuesta descriptiva, observacional, retrospectiva y transversal, con una escala de medición de las variables de tipo nominal.

El estudio es realizado en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar # 1 en Morelia, Mich.

En el período comprendido del 3 de Junio al 19 de Julio de 1985. En los pisos 6o y 7o del Hospital, correspondientes al servicio de Ginecoobstetricia.

Se incluyeron en este estudio un total de 15 embarazadas ingresadas con diagnóstico de amenaza de parto prematuro y en las cuales se integro por clínica y por laboratorio el diagnóstico de infección de vías urinarias coexistente.

El estudio de laboratorio básico que se tomo para la confirmación diagnóstica y diagnóstico fué el examen general de orina.

Se incluyeron en este estudio a las mujeres con más de 20 semanas de gestación y menos de 38 semanas, independientemente del número de gestaciones y de la edad de las pacientes.

Así mismo se excluyeron a las embarazadas con amenaza de parto prematuro y con otra enfermedad intercurrente que no fuera infección de vías urinarias, como enfermedades metabólicas o embarazo y el uso de dispositivo intrauterino (DIU).

Los recursos humanos empleados fué el personal becario, médico y paramédico que ayudo en la pesquisa de los casos, igualmente personal de laboratorio en la realización del examen general de orina.

RESULTADOS.

15 QUINCE pacientes embarazadas estudiadas.

Todas ellas con amenaza de parto prematuro.

Catorce 14 pacientes con la variedad sintomática caracterizada por sintomatología urinaria como dolor lumbar o hipogastríco, disuria, tenesmo vesical, polaquiuria.

Una paciente ingresada con amenaza de parto prematuro integrándose el diagnóstico de infección de vías urinarias al reportarse exámen general de orina con bacteriuria importante.

El diagnóstico de parto prematuro e infección de vías urinarias, se realizó eficazmente en 14 de las 15 pacientes, teniendo un porcentaje de eficacia diagnóstica del 93%.

La edad gestacional de las pacientes que se estudiaron quedo distribuida en la gráfica de barras respectivamente. Las consideraciones estadísticas son las siguientes:

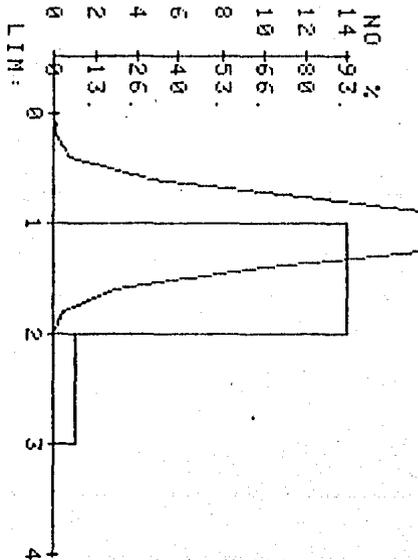
Edad gestacional promedio	28 Semanas de gestación.
Edad gestacional máxima	35 Semanas de gestación
Edad gestacional mínima	21 Semanas de gestación
Mediana	29 Semanas de gestación
Rango	14
Medio Rango	28
Error estandard	1.2011
Desviación estandard	4.6517

INFECCION DE VIAS URINARIAS; DATOS CLINICOS

BARRA 1-2 = CON DATOS CLINICOS
 BARRA 2-3 = SIN DATOS CLINICOS

DATOS PROPORCIONADOS PARA SU DISTRIBUCION

I	X(I)	X(I+1)
1	1.0000	1.0000
3	2.0000	1.0000
5	1.0000	1.0000
7	1.0000	1.0000
9	1.0000	1.0000
11	1.0000	1.0000
13	1.0000	1.0000
15	1.0000	1.0000

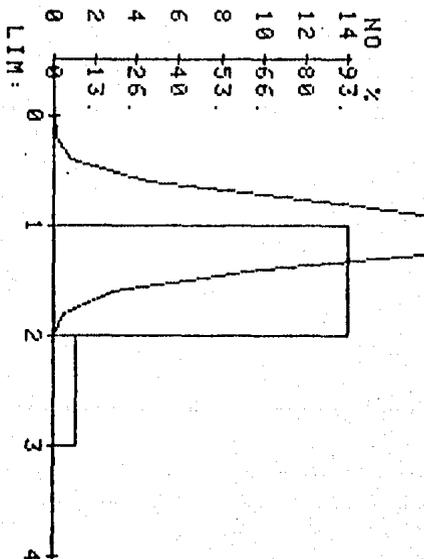


DIAGNOSTICO DE PARTO PREMATURO

BARRA 1-2 = ADECUADO
 BARRA 2-3 = INADECUADO

DATOS PROPORCIONADOS PARA SU DISTRIBUCION

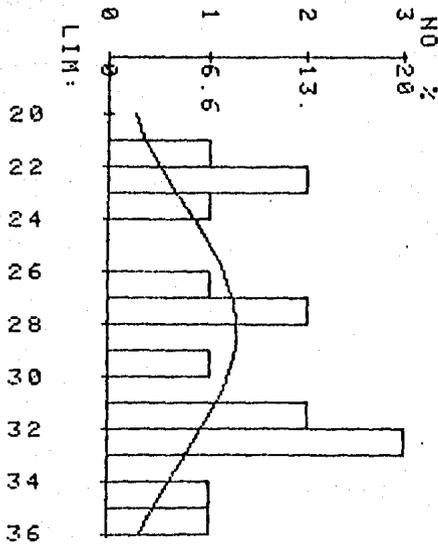
I	X(I)	X(I+1)
1	1.0000	1.0000
3	2.0000	1.0000
5	1.0000	1.0000
7	1.0000	1.0000
9	1.0000	1.0000
11	1.0000	1.0000
13	1.0000	1.0000
15	1.0000	1.0000



EDAD GESTACIONAL

DATOS PROPORCIONADOS PARA SU DISTRIBUCION

I	X(I)	X(I+1)
1	23.0000	31.0000
3	27.0000	21.0000
5	32.0000	22.0000
7	22.0000	34.0000
9	26.0000	35.0000
11	31.0000	32.0000
13	29.0000	32.0000
15	27.0000	



RESULTADOS

HOSPITALIZACION	DIAS
Dias promedio por paciente	4.53 Días
Desviación estandard	2.50
Error estandard	.6464
Coeficiente de variación	55.22
Máximo	10.0 Días
Mínimo	1.0 Días
Límite Bajo	3.14 Días
Límite Alto	5.92 Días
Mediana	4.0 Días
Rango	9.0 Días
Mediorango	5.50 Días

ALTA DE HOSPITAL.

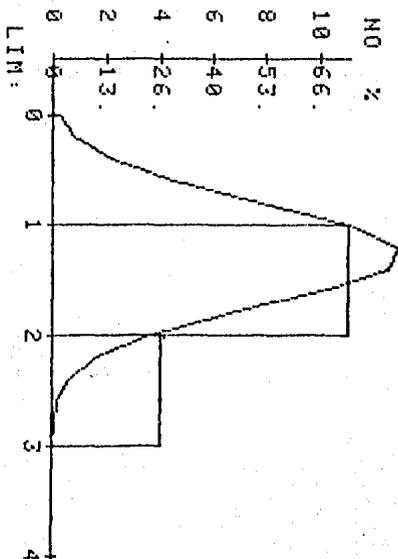
Durante el tiempo que duro el estudio
Fueron egresadas el total de las pacientes.
Once (11) se egresaron con embarazo
Cuatro (4) se egresaron sin embarazo
Una de las cuatro tuvo un reingreso que culminó en
parto prematuro.
El porcentaje de egresos con embarazo fué del 86%
quedando en un 14% los embarazos que culminaron -
en parto prematuro.

ALTA DEL HOSPITAL

BARRA 1-2 = CON EMB.
 BARRA 2-3 = SIN EMB.

DATOS PROPORCIONADOS PARA SU DISTRIBUCION

I	X(I)	X(I+1)
1	1.0000	1.0000
3	2.0000	2.0000
5	1.0000	1.0000
7	1.0000	1.0000
9	1.0000	2.0000
11	1.0000	2.0000
13	1.0000	1.0000
15	1.0000	1.0000



RESULTADOS

TRATAMIENTO FINAL.

ANTIBIOTICOTERAPIA.

Los antibióticos usados en el manejo de la infección urinaria en orden decreciente fueron:

Ampicilina
 Fenazopiridina
 Acido Nalidixico
 Penicilina
 Gentamicina.

Los porcentajes fueron:

Ampicilina	41%
Fenazopiridina	30%
Acido Nalidixico	18%
Penicilina	6%
Gentamicina	5%

Quedan graficados para su interpretación.

De los medicamentos uteroinhibidores usados encontramos distintas maneras de uso, de acuerdo al criterio del médico tratante.

Terbutalina inyectable y tabs.

Usada la inyectable en sol. glucosada a dosis respuesta.

Orciprenalina. Usada en solución Gluc. a dosis respuesta.

Butil Hioscina. Tanto en tabs. como parenteral

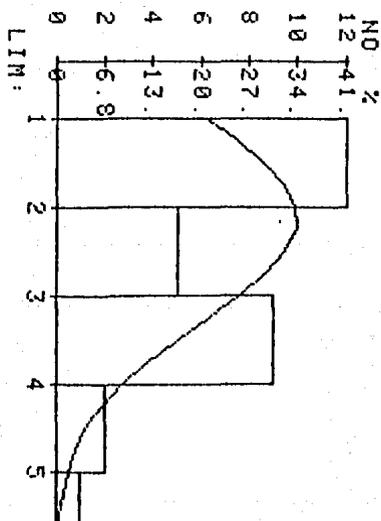
Medidas generales. Solo reposo absoluto

TRATAMIENTO FINAL

BARRA 1-2 = AMPICILINA
 BARRA 2-3 = AC. NALID
 BARRA 3-4 = FENAZOP
 BARRA 4-5 = PENICILINA
 BARRA 5-6 = GENTAMICINA

DATOS PROPORCIONADOS PARA SU DISTRIBUCION

I	X(I)	X(I+1)
1	1.0000	2.0000
3	3.0000	1.0000
5	3.0000	1.0000
7	3.0000	4.0000
9	3.0000	1.0000
11	4.0000	2.0000
13	1.0000	2.0000
15	2.0000	1.0000
17	3.0000	1.0000
19	1.0000	3.0000
21	5.0000	1.0000
23	1.0000	3.0000
25	1.0000	3.0000
27	2.0000	1.0000
29	3.0000	



DISCUSION.

El presente estudio esta encaminado a conocer la frecuencia de asociación de infección de vías urinarias y la presentación del parto prematuro. En nuestra unidad Morelia, Mich.

Este estudio no cuenta con ningun antecedente previo en la unidad, donde se haya tratado de conocer la asociación ya descrita.

Es de aclarar que el estudio deja muchas interrogantes que deben ser estudiadas, una de ellas es que se desconoce cuantas embarazadas atendidas en nuestra -- unidad en control prenatal pueden ser portadoras de bacteriuria asintomática y ser potencialmente afectadas ellas y los productos por la amenaza de parto prematuro.

Otra parte interesante de las interrogantes que se dejan es el peso, desarrollo y sobrevivencia de los productos de la gestación de las madres que no culminan en parto prematuro y las que por desgracia llegan a este proceso.

El análisis de el exámen general de orina en nuestras pacientes que acuden al control prenatal, ¿con que tanta frecuencia se solicita y cada cuando por su médico familiar?

Aclaro que el propósito original del estudio era tam bien conocer la flora microbiana que afecta a las mujeres grávidas estudiadas, hecho no posible por haber recibido desde el momento mismo de su ingreso por el servicio de urgencias antibiotico terapia, que hubiera modificado sustancialmente el resultado del uroculti-vo.

Continua

Esta entidad AMENAZA DE PARTO PREMATURO E INFECCION DE VIAS URINARIAS. Ó EMBARAZO E INFECCION DE VIAS URINARIAS.

Esta codificada por la Organización mundial de la Salud con el número 646.

Dentro del departamento de estadística de nuestro Instituto en esta Unidad. Encontramos:

De fecha 31 de Mayo de 1985 a 9 de Septiembre 1985 un total de 35 egresos hospitalarios con el diagnóstico ya enunciado, que nos deja en este período un total de 3.8 días cama por paciente.

Esta entidad además de repercutir directamente sobre la estructura familiar y por ende dentro de la sociedad -- por aumento de la morbi-mortalidad materno fetal. Representa una erogación en los servicios de salud que bien pudiera ser transpolada de la curación a la prevención oportuna. Por medio del sistema médico familiar dentro del programa de control prenatal.

Cabe hacer notar que el diagnóstico se realizó en un 93% de los casos ingresados y que todas las pacientes recibieron tratamiento en forma oportuna. Hecho que habla de que el médico es capaz de conocer el problema y manejarlo de una forma más o menos adecuada con buenos resultados.

El presente estudio deja abiertas muchas puertas para el seguimiento del problema con cuyos resultados habremos de concluir en alguna fórmula que nos permita cuidar con mayor eficacia la salud de las mujeres embarazadas a nuestro cargo.

CONCLUSIONES

El Médico Institucional está capacitado para el diagnóstico de amenaza de parto prematuro así como para correlacionar la infección de vías urinarias coexistente.

Esto en la mayor parte de los casos.

El sistema médico familiar no debe en ningún momento desconocer el problema. Así en forma sistematizada -- buscar intencionadamente infección urinaria asintomática para prever en las pacientes embarazadas un posible parto prematuro con sus no gratas consecuencias.

Concluimos en el presente estudio.

La infección de vías urinarias es un factor desencadenante de actividad uterina durante el embarazo y es un factor de riesgo en el desencadenamiento del parto prematuro.

R E S U M E N

AMENAZA DE PARTO PREMATURO E INFECCION DE VIAS URINARIAS, DEPARTAMENTO DE GINECOOBSTETRICIA. HGZ TI- Morelia, Mich.

CALDERON HINOJOSA LUIS GABRIEL. Médico no Familiar.

RODRIGUEZ RUBIO CARLOS ENRIQUE. Residente 2º Especialidad Medicina Familiar.

La infección de vías urinarias aumenta la probabilidad de parto prematuro y la frecuencia de mortalidad-perinatal.

Los propósitos del estudio son conocer la frecuencia de asociación de infección de vías urinarias y parto prematuro en esta unidad I.M.S.S. Morelia, Mich.

MATERIAL Y METODOS. Se estudiaron 15 pacientes embarazadas con amenaza de parto prematuro y en todas infección de vías urinarias coexistente. Ingresadas en los pisos 6o y 7o de nuestra Unidad. En el período comprendido del 3 de Junio al 19 de Julio de 1985. El examen general de orina se tomo como estudio básico para integrar el diagnóstico de infección de vías urinarias así como los datos clínicos de las pacientes.

El estudio realizado fué una encuesta descriptiva, observacional, descriptiva, retrospectiva y transversal, la escala de medición de las variables es de tipo nominal.

Los resultados son 15 pacientes con amenaza de parto prematuro y en todas infección de vías urinarias coexistentes de las cuales 14 presentaron la variedad sintomática, cuatro culminaron en parto prematuro y 11 (once) fueron egresadas con embarazo, durante el tiempo que duro el estudio. Una de las cuatro que cul

minaron en parto tuvo un reingreso.

LA INFECCION DE VIAS URINARIAS ES UN FACTOR DESENCADENANTE DE ACTIVIDAD UTERINA Y ES UN FACTOR DE RIESGO EN EL DESENCADENAMIENTO DEL PARTO PREMATURO.

BIBLIOGRAFIA.

Shulman A. Herlinger: Urinary Tract Dilatation in - pregnancy. BJ Radiol 48.368 1975.

Whalley PJ. Cuningham FG Short Term Versous conti--
nuos Antimicrobial Therapy tor as asintomatic bac--
teriruria in pregnancy.
Obst. Ginecology 49.262 Año 1977.

Whalley PJ Others transient renal.
Distruccion asociated wite acute pyelonerritis of --
pregnancy.
Obst. and Ginecology 46.174 Año 1975.

Ralph C benson. Diagnóstico Clínico y tratamiento.
Ginecología y obstetricia. Pág. 563-564 15a. Edición.
Editorial Manual Moderno.

Williams and Obstetricia. Entermedades médicas y qui
rurgicas durante el embarazo y el puerperio. Pág 435
648-654. 7a. Edición 1978 Salvat.

Patrick Dutt MD. Pielonerritis durante el embarazo -
Pág. 23 a 39 Clínicas obs. y ginecológicas.
Vol. I 1984 Marzo. Editorial Interamericana.

Kass EH Bacteriruria and pyelonerritis and pregnancy
Arch Internal Med. 1960 105:194.

Roberts AP Beard RW Some factors atecting bacterial-
invasión of balder duryng pregnancy.
Lancet 1965 1:1133

Harris RE Gilstrap LC. Prevention of recurrent --
pyelonephritis during pregnancy. Obst. and Gynecology
1974 44:637.

Blanco JB Gibs RS Castañeda YS Bacteriemia in obs-
tetric Clinial course. Obstet and Ginecology 1981
58:621

Harris RE Thomas VD Shelokov A. Asintomatic bacte-
riuria and pregnancy: Antibody Coated bacterial re
nal function and intrauterine growth retardation.-
American Journal obst. and ginecology 1979. 126:20

Swett RL Bacteriuria and pyelonephritis during preg
nancy seminario de perinatologia 1977 1:25.

Residente II en Medicina Familiar

Dr. Carlos Enrique Rodríguez Rubio.

Hospital General de Zona con Medicina Familiar

Morelia, Michoacán

Diciembre de 1985.