



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS
DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

UNIDAD ACADÉMICA

**CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
CD. JUÁREZ, CHIH.**

11226
73
Ti.

**INFECCION DE VIAS URINARIAS REPETITIVAS Y MULTITRATADAS
EN MUJERES DE EDAD REPRODUCTIVA**

**Trabajo para obtener el diploma de
Especialista en Medicina Familiar**

Presenta:

Dra. Sandra Bertha Macías Salas

ISSSTE
MEDICINA GENERAL
DIRECTOR

Cd. Juárez, Chih., A 30 de octubre de 1996.

1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

I N D I C E

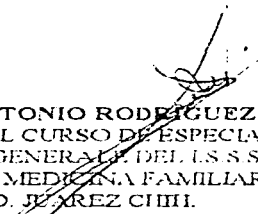
TITULO _____	1
SEDE _____	2
ANTECEDENTES _____	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA _____	20
JUSTIFICACION _____	21
OBJETIVOS _____	22
METODOLOGIA _____	23
RESULTADOS _____	26
ANALISIS DE LOS DATOS _____	34
DISCUSION _____	40
CONCLUSIONES _____	42
RECOMENDACIONES _____	43
BIBLIOGRAFIA _____	44

**INFECCIONES DE VIAS URINARIAS REPETITIVAS Y MULTITRATADAS
EN MUJERES DE EDAD REPRODUCTIVA**


Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar

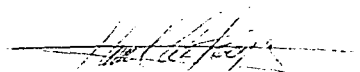
presenta:

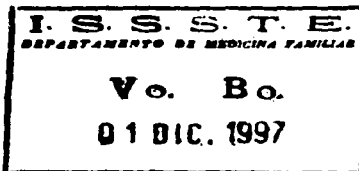
DRA. SANDRA BERTHA MACIAS SALAS


DR. JOSE ANTONIO RODRIGUEZ SOTO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION PARA
MEDICOS GENERALISTAS DEL I.S.S.S.T.E.
EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR, I.S.S.S.T.E.
CD. JUAREZ CHIH.


DR. JOSE E. APARICIO CRUZ
ASESOR DE TESIS


DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UANL


DR. HECTOR G. ARTEAGA ACEVES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA I.S.S.S.T.E.



**INFECCIONES DE VIAS URINARIAS REPETITIVAS Y MULTITRATADAS
EN MUJERES DE EDAD REPRODUCTIVA**

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar

presenta:

DRA. SANDRA BERTHA MACIAS SALAS

AUTORIZACIONES



DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DRA. MARIA DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

T I T U L O

INFECCION DE VIAS URINARIAS REPETITIVAS Y
MULTITRATADAS EN MUJERES EN EDAD REPRODUC
TIVA.

S E D E

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE
PASEO TRIUNFO DE LA REPUBLICA No.2694
CD JUAREZ CHIHUAHUA, MEXICO.

ANTECEDENTES Y MARCO DE REFERENCIA

SE DEFINE AL TERMINO DE IVU COMO LA PRESENCIA DE MICROORGANISMOS EN CANTIDAD SIGNIFICATIVA EN UNA O VARIAS DE LAS ESTRUCTURAS SIGUIENTES: RIÑÓN, - VEJIGA, PROSTATA U URETRA, EN LA MUJER SE ESTIMA QUE UN 40% SUFRE AL MENOS UN EPISODIO DE IVU Y-- ESTA PREVALENCIA AUMENTA CON LA EDAD, LA FRECUEN CIA ES MAYOR EN LA MUJER JOVEN QUE EN EL HOMBRE- EL MICROORGANISMO RESPONSABLE DE LA IVU SON LOS - SIGUIENTES: (LOS MAS FRECUENTES) E COLI. OTROS BACILIOS GRAMNEGATIVOS, KLEBSIELLA, PROTEUS ENTEROBACTER, SERRATIA Y PSEUDOMONAS, GRAMPOSITIVAS- STAPHYLOCOCCOS BETA HEMOLITICO DEL GRUPO B. (263) SE PUEDE DECIR QUE LOS FACTORES DE RIESGO DISMINU IRIAN SI EL MEDICO HACE INCAPIE AL PACIENTE Y PLA TICA CON EL SOBRE LOS FACTORES MAS COMUNES, UNO - DE LOS FACTORES MAS COMUNES OCURREN CUANDO MICRO- ORGANISMOS FECALES PATOGENOS COLONIZAN EL INTROITO VAGINAL, PENETRAN LA URETRA Y ASCIENDEN A LA VEJIGA OTRO FACTOR ES EL COITO QUE DE MANERA MECANICA IN- TRODUCE UROPATOGENOS A LA VEJIGA, LOS UROCULTIVOS- PREVIOS AL TRATAMIENTO AUMENTA EL COSTO DEL TRATA- MIENTO. EN CUANTO AL TRATAMIENTO DE INFECCION RECI- DIVANTE SE DEBE CONSIDERAR TODOS LOS FACTORES POSI BLES PARA LA ELECCION DE UN BUEN TRATAMIENTO (AMPI- CILINA, TMS, GENTAMICINA, CEFALOSPORINAS, QUINOLONAS. (269).

ANTECEDENTES Y MARCO DE REFERENCIA

EL TERMINO INFECCION DEL APARATO URINARIO DENOTA UNA AMPLIA VARIEDAD DE ENTIDADES PATOLOGICAS, EN LAS CUALES EL COMUN DENOMINADOR ES LA PRESENCIA DE UN NUMERO SIGNIFICAMENTE GRANDE DE MICROORGANISMOS EN CUALQUIER PORCION DEL APARATO URINARIO ESTOS PUEDEN HACERSE EVIDENTES SOLO EN LA ORINA (BACTERIURIA) O PUEDE HABER SEÑALES DE INFECCION DE ALGUN ORGANO (URETRITIS, PROSTATITIS, PIELONEFRITIS) PUDIENDO SER ASINTOMATICO.

LA INFECCION SINTOMATICA DEL APARATO URINARIO PUEDE SER AGUDA O CRONICA. EL TERMINO RECAIDA IMPLICA RECURRENCIA DE LA INFECCION CON OTRO ORGANISMO. (167)

DISTRIBUCION POR SEXO: EN LOS LACTANTES ES MAS FRECUENTE ENTRE LOS NIÑOS QUE ENTRE LAS NIÑAS DEBIDO A LA CONTAMINACION DEL VESTIBULO CON LA FLORA FECAL Y LO CORTO DE URETRA. EN LOS AÑOS SUBSIGUIENTES ES PARA EN LOS HOMBRES LA EDAD DE LA HIPERTROFIA PROSTATICA (MAS DE 40 AÑOS).

BACTERIURIA SIGNIFICATIVA. CUENTAS BACTERIANAS SUPERIORES A: 100, 000 BACTERIAS ML.

PATOLOGIA: LA INFECCION URINARIA AGUDA MUESTRA INFLAMACION DE CUALQUIER PARTE DEL APARATO Y EN OCASIONES HIPEREMIA INTENSA O HASTA HEMORRAGIA DE LA MUCOSA. LA LESION PROMINENTE EN EL RIÑON ES LA IN

FLAMACION AGUDA DEL TEJIDO INTERSITICIAL, LA CUAL
PUEDE EVOLUCIONAR HASTA SUPURACION FRANCA Y NECRO
SIS POR ZONAS.(172).

ANTECEDENTES Y MARCO DE REFERENCIA

INICIANDO CON UN LEVE RECORDATORIO DE AMBOS RIÑONES Y UN POCO DE ANATOMIA; RIÑONES IZQUIERDO Y DERECHO-SITUADOS A LOS LADOS DE LA COLUMNA VERTEBRAL, A LA - ALTURA DE LAS DOS ULTIMAS VERTEBRAS DORSALES Y DE - LAS PRIMERAS LUMBARES. SE HAYAN APLICADOS A LA PA- RED POSTERIOR DEL ABDOMEN, POR DETRAS DEL PERITONEO Y POR DELANTE DE LAS COSTILLAS UNDECIMA Y DUODECIMA Y DE LA PARTE SUPERIOR DEL CUADRADO LUMBAR. EL RI-- ÑON TIENE UNA LONGITUD DE DOCE CENTIMETROS A UNA AN CHURA DE SIETE A OCHO Y UN ESPESOR DE CUATRO CENTI- METROS; Y SU PESO ES DE 140 GRAMOS EN EL HOMBRE Y - DE 120 EN LA MUJER.

SUS CONDUCTOS EXCRETORES DE LA ORINA SON LOS PEQUE- ÑOS CALICES, LAS CUALES DESEMBOCAN EN LA PELVECILLA QUE ES EL SEGUNDO SEGMENTO DEL APARATO EXCRETOR DEL RIÑON, COMPRENDIDA ENTRE LAS GRANDES CALICES Y EL - URETER, QUE VA A DESEMBOCAR A LA VEJIGA EL RECIPIEN TE QUE ACUMULA LA ORINA QUE LLEGA POR LOS URETERES- Y PERMANECE EN ELLA EL TIEMPO COMPRENDIDO ENTRE LAS MICCIONES; UNA COSA IMPORTANTE ES MARCAR QUE EL URE TER DE LA MUJER ES MAS CORTO QUE EN EL HOMBRE POR - LO QUE MAS ADELANTE SE COMPRENDE LA FRECUENCIA DE - IVU REPETITIVAS EN LA MUJER.(230-235)

SINTOMAS RELACIONADOS CON EL ACTO DE LA MICCION LA - CAPACIDAD NORMAL DE LA VEJIGA ES DE 400ML APROXIMA ==

DAMENTE.

LA POLAQUIURIA PUEDE SER CAUSADA POR LA ORINA RESIDUAL QUE DISMINUYE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ORGANNO LA POLAQUIURIA EN EL DIA Y NO EN LA NOCHE, AGUDA O CRONICA LA QUE DURA SOLO ALGUNAS HORAS SUGIERE LA EXISTENCIA DE TENSION NERVIOSA.

LA NICTURIA ES A MENUDO UN SINTOMA DE ENFERMEDAD RENAL RELACIONADO CON DISMINUCION EN LA FUNCION DEL PARENQUIMA RENAL, CON PERDIDA DEL PODER DE CONCENTRACION. LA NICTURIA PUEDE SER PRESENTADA SIN QUE EXISTA UN PADECIMIENTO EN PERSONAS QUE BEBEN CANTIDADES EXCESIVAS DE LIQUIDOS A ALTAS HORAS DE LA NOCHE.CAFE Y BEBIDAS ALCOHOLICAS ANTES DE ACOSTARSE.
(1898).

ANTECEDENTES Y MARCO DE REFERENCIA

EN UN ESTUDIO RECIENTE (STAMM Y COL 1982) SE ENCONTRO QUE LA ORINA VESICAL DE MUJERES CON SINTOMAS AGUDOS - CONTENIA MUCHO MENOS BACTERIAS COLIFORMES QUE EL CRITERIO DIAGNOSTICO TRADICIONAL DE MAS DE 100,000 BACTERIAS/ML EN ORINA A MITAD DE LA MICCION, SE ENCONTRO - QUE SOLO 51% DE LAS MUJERES CON INFECCIONES SINTOMATICAS DE VIAS URINARIAS POR BACTERIAS COLIFORMES SE IDENTIFICARON UTILIZANDO EL CRITERIO DIAGNOSTICO DE MAS DE 1000.000 BACTERIAS/ML.

LA PRESENCIA DE PIURIA SE CORRELACIONA MAL CON EL DIAGNOSTICO DE VIAS URINARIAS Y VICEVERSA. LA HISTORIA Y EL EXAMEN FISICO SOLOS NO PERMITEN DIFERENCIAR CON SEGURIDAD UNA INFECCION RENAL DE UNA DE LAS VIAS URINARIAS BAJAS O UNA INFECCION VESICAL DE UN SINDROME URETRAL.

CLASIFICACION DE INFECCIONES DE VIAS URINARIAS (STAMEY 1980)

- 1.- PRIMERA INFECCION: EN CUALQUIER INDIVIDUO, ES LA PRIMERA INFECCION COMPROBADA DE VIAS URINARIAS.
- 2.- BACTERIURIA NO RESUELTA: SON LAS INFECCIONES DE VIAS URINARIAS EN QUE ESTE APARATO NO SE ESTERILIZA EN REALIDAD DURANTE LA TERAPEUTICA, LOS CULTIVOS MUESTRAN QUE EL PATOGENO INFECTANTE NO SE ELIMINO POR COMPLETO DEBIDO A LA RESISTENCIA BACTERIANA AL FARMACO, FALTA DE ADAPTABILIDAD DEL PACIENTE PARA LA TOMA DEL MEDICAMENTO, DESARROLLO RAPIDO DE RESISTENCIA POR BACTERIAS SENSIBLES EN UN PRINCIPIO, INFECCIONES MIXTAS -

CON CEPAS DE BACTERIAS DE DIFERENTES SENSIBILIDAD _
ANTIMICROBIANA.

3.- PERSISTENCIA BACTERIANA:

4.- REINFECCIONES, NUEVA INFECCION ASCIENDIENDO POR -
LA URETRA DESDE EL EXTERIOR DE LAS VIAS URINARI-
AS.

ANTECEDENTES Y MARCO DE REFERENCIA

UNA ORINA CON PH MUY BAJO O MUY ALTO PUEDE IRRITAR A LA VEJIGA Y CAUSAR POLAQUIURIA.

SENSACION DE ARDOR AL ORINAR, LA MUJER REFIERE ARDOR AL ORINAR Y ESTA TOTALMENTE REFERIDA A LA URETRA, EN EL HOMBRE SE PERCIBE EN LA PORCION DISTAL DE LA URETRA, EN EL GLANDEO CERCA DE EL.

ESTA SENSACION DE ARDOR SE PRODUCE ASOCIADA AL ACTO DE LA MICCION, PUEDE SER MUY INTENSO EL ARDOR PERO - EL DOLOR VAGO EN LA URETRA NO ASOCIADO CON LA MIC-- CION, HABITUALMENTE NO ES PRODUCIDO POR PADECIMIEN-- TOS URINARIOS.

ENURESIS ESTRICTAMENTE HABLANDO, ENURESIS QUIERE DECIR ORINARSE EN LA CAMA POR LA NOCHE. ES FISIOLÓGICO DURANTE LOS PRIMEROS DOS O TRES AÑOS DE VIDA O - PUEDE SER SINTOMA DE ENFERMEDAD ORGANICA (INFECCION- ESTENOSIS URETRAL DISTAL EN LAS NIÑAS, DE LAS VALVULAS URETRALES POSTERIORES EN LOS NIÑOS, VEJIGA NEUROGENA O NEUROPATICA).

SENSACION DE ORINA RESIDUAL; EL ENFERMO A MENUDO - SIENTE QUE TODAVIA TIENE ORINA EN SU VEJIGA CUANDO HA TERMINADO DE ORINAR (TENESMO) LOS EPISODIOS RECURREN-- TEMENTES DE CISTITIS AGUDA SUGIEREN LA EXISTENCIA DE ORINA RESIDUAL.

INCONTINENCIA URINARIA EL ENFERMO PIERDE ORINA SIN - PREVIO AVISO LA CAUSA MAS OBIAS INCLUYEN LA EXTRO-- FIA DE LA VEJIGA, EL EPISPADIAS, LA FISTULA VASICO--

VAGINAL Y LOS ORIFICIOS URETERALES ECTOPICOS; LA INCONTINENCIA POR ESFUERZO SE ASOCIA CON ESFUERZOS FISICOS(TOSER, REIR, LEVANTARSE DE UNA SILLA).

LA INCONTINENCIA URINARIA SE PUEDE PRESENTAR EN AUSEN
CIA DE INFECCION.

OLIGURIA Y ANURIA PUEDEN SER CAUSADAS POR INSUFICIEN
CIA RENAL AGUDA, POR Desequilibrio hidroelectroliti-
co o por OBSTRUCCION URETERAL BILATERAL. NEUMATURIA; -
LA SALIDA DE GAS POR LA ORINA CASI SIEMPRE ES POR LA
EXISTENCIA DE UNA FISTULA ENTRE EL SISTEMA URINARIO-
Y EL INTESTINO. HEMATURIA, ORINA CON SANGRE CASI --
SIEMPRE NOS ESTA DICHIENDO UN CALCULO EN VEJIGA AUN--
QUE POR LO GENERAL EXISTE INFECCION Y HAY SINTOMAS -
DE OBSTRUCCION.

EN SI SERIAN LOS SINTOMAS MAS PRINCIPALES PARA LOS -
ANTECEDENTES DE NUESTRO TEMA QUE ES LA REINFECCION -
DE VIAS URINARIAS. (1904).

ANTECEDENTES Y MARCO DE REFERENCIA

INFECCION CRONICA DE VIAS URINARIAS:

ES MEJOR ESTE TERMINO CONFUSO O IMPRECISO; IMPLICA - UNA INFECCION PERSISTENTE O RECURRENTE DE VIAS URINARIAS.

PIELONEFRITIS CRONICA:

UN TERMINO CONFUSO, CUYO SIGNIFICADO EXACTO DEPENDE DE SU USO. ES PRINCIPALMENTE UN DIAGNOSTICO RADIOLOGICO BASADO EN PRUEBAS UROGRAFICAS DE CICATRIZACION RENAL Y DEFORMACION DE LOS CALICES CARACTERISTICAS - EN PACIENTES CON INFECCION BACTERIANA RENAL PERSISTENTE, PUEDE ACOMPAÑARSE DE SINTOMA RENALES RECURRENTES, BACTERIURIA Y PIURIA: SIN EMBARGO, MUCHOS ENFERMOS CON PRUEBAS RADIOLOGICAS DE PIELONEFRITIS CRONICA TIENEN UROCULTIVOS NEGATIVOS SIN PRUEBAS DE INFECCION ACTIVA.

INFECCION RECURRENTE REINFECTANTE DE VIAS URINARIAS: NUEVOS MICROORGANISMOS ASCIENDEN POR LA URETRA DESDE EL EXTERIOR DE LAS VIAS URINARIAS Y CAUSAN NUEVAS INFECCIONES DE ESTE APARATO, DESPUES DE ERRADICAR UNA - INFECCION PREVIA.

INFECCION RECURRENTE RECIDIVANTE DE VIAS URINARIAS:

ES LA PERSISTENCIA DE UN MICROORGANISMO EN VIA URINARIA DURANTE EL TRATAMIENTO, QUE SE DESARROLLA EN UROCULTIVOS DESPUES DE TERMINAR LA TERAPEUTICA. (361).

ANTECEDENTES Y MARCO DE REFERENCIA

PATOGENIA DE LA INFECCION DE VIAS URINARIAS LA FOR-
MA DE ENTRADA DE LAS BATERIAS AL APARATO GENITO URI-
NARIO HAY CUATRO VIAS PRINCIPALES:

- 1.- INFECCION ASCENDENTE: LA INFECCION ASCENDENTE DE
LA URETRA ES CLARAMENTE LA CAUSA MAS COMUN DE -
LAS INFECCIONES GENITO URINARIAS EN MUJERES CO-
MO LA URETRA FEMENINA ES CORTA Y HAY TENDENCIA-
A LA PRESENCIA DE COLONIAS DE BACTERIAS RECTA--
LES EN PERINE Y VESTIBULO VAGINAL.
- 2.- DISEMINACION HEMATOGENA: ES RARA AUNQUE HAY GRAN-
DES EXCEPCIONES COMO TUBERCULOSIS, ABSCESES REC-
TALES Y PERINEFRICO.
- 3.- DISEMINACION LINFATICA: ES PROBABLE QUE HAYA IN--
FECCION DE VIAS GENITO URINARIAS A TRAVES DE LOS
CONDUCTOS LINFATICOS, PERO ES RARA, SE HA PENSADO
PERO HAY POCAS PRUEBAS.
- 4.- EXTENSION DIRECTA DESDE OTROS ORGANOS: LOS ABSCE-
SOS INTRAPERITONEALES, EN ESPECIAL LOS RELACIONA-
DOS CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
AFECCION INFLAMATORIA PELVICA FULMINANTE EN LA --
MUJER. (534).

C I S T I T I S

LA CICTITIS SE CARACTERIZA POR LA APARICION DE DISURIA
TENESMO VESICAL Y POLAQUIURIA.

SE TRATA DE UNA INFECCION (E INFLAMACION) SUPERFICIAL

DE LA MUCOSA VESICAL, POR LO GENERAL NO SE ACOMPANA DE FIEBRE NI OTROS SINTOMAS SISTEMICOS ES REFERIDA-COMO INFECCION URINARIA BAJA, ANTE UNA CISTITIS SIM PLE NO ES NECESARIO PRACTICAR UROCULTIVO.

AL TRATAMIENTO DEBE DE SER POR 3 O 5 DIAS LOS TRATA DOS DE ORIGEN ANGLOSAJON CONSIDERAN AL EOTRIMOXAZOL Y A LA AMOXICILINA COMO ANTIBIOTICO DE ELECCION Y A LA RESISTENCIA DEL MICROORGANISMO CON AMOXICILINA - CON ACIDO CLAVULANICO, CON UNA CEFALOSPORINA(522).

EN LA INFECCION URINARIA RECIDIVA EN ALREDEDOR DE UN 20% DE PACIENTES. EN EL 80% DE LOS CASOS SE TRATA DE UNA REINFECCION POR UN NUEVO GERMEN (522).

PIELONEFRITIS:

SE CARACTERIZA POR LA APARICION DE FIEBRE, ESCALOFRIOS Y DOLOR LUMBAR. EN OCASIONES SE ACOMPANA DE SINDROME CISTITICO, VOMITOS, DIARREA, Y ESTRENIMIENTO, A LA EX PLORACION SUELE HABER DOLOR EN FLANCOS O PUNO O PERCU SION LUMBAR POSITIVA, UNILATERAL O BILATERAL, LOS AMINOGLUCOSIDOS ASOCIADOS SON LOS ANTIMICROBIANOS MAS-UTILIZADOS COMO TRATAMIENTO EMPIRICO DE LA PIELONEFRITIS(523).

INFECCIONES RECURRENTE EN VIAS URINARIAS

LA IVU RECURRENTE SE DEFINE COMO TRES O MAS EPISODIOS DE UN AÑO. LA RECURRENCIA SE DEBE A PERSISTENCIA BACTERIANA, BACTERIURIA NO RESULTA O A LA REINFECCION SE DICE QUE EL 75% DE LAS IVU NO RECURRENTE e1 25% SE LO HACE EN MUJERS SEXUALMENTE ACTIVAS, PIELONEFRITIS RECURRE CON MAS FRECUENCIA QUE CISTITIS. EL 70% SE DEBE A OTROS UROPATOGENOS EN LAS INFECCIONES RECURRENTE, UNA INFECCION REPETIDA CON EL MISMO MICROORGANISMO NO SIEMPRE INDICA FALLA TERAPEUTICA: ES PROBABLE QUE HAYA VUELTO A PENETRAR LAS VIAS URINARIAS DE LA MISMA MANERA. LAS RECIDIVAS VERDADERAS CASI SIEMPRE OCURREN EN INMUNODEFICIENTES O CON CUERPOS EXTRANOS EN VIAS URINARIAS.

LA PATOGENIA DE IVU NO COMPLICADA RECURRENTE EN LA MUJER SE REALCIONA A FALTA DE HIJIENE, ACTIVIDAD SEXUAL Y VIRULENCIA BACTERIANA CONTRA LOS FACTORES DE SUSCEPTIBILIDAD DEL HUESPED ESTOS ULTIMOS A NIVEL CELULAR PERMITEN LA COLONIZACION PERSISTENTE VAGINAL Y PERIURETERAL POR UROPATOGENOS.

EN EL TRATAMIENTO DEBE ACONSEJARSE A LA MUJER QUE INGIERA LIQUIDO EN ABUNDANCIA, EN ESPECIAL CUANDO LA ACTIVIDAD FISICA Y LA TEMPERATURA AMBIENTE SE COMBINAN PARA CAUSAR DESHIDRATACION. EL JUGO DE ARANDANO OBSTACULIZA EL CRECIMIENTO BACTERIANO PORQUE DIFICULTA LA ADHESION BACTERIANA, DEBE ORINAR CON FRECUENCIA PARA QUE LA ORINA NO SE ACUMULE.

PARA LA IVU RECURRENTES LOS MACROCRISTALES DE NITROFURANTOINA. TMO, SMX SON IDEALES PORQUE NO PROPICIAN LA RESISTENCIA BACTERIANA II INDUCEN VULVOVAGINITIS-MICOTICA, SON EFICACES LAS DOSIS UNICAS POSCOITALES - DE TMP SMX (80MG/400MGS).

CUANDO LA ACTIVIDAD SEXUAL NO ES UN FACTOR EN LA RECURRENCIA, PUEDE TRATARSE CON PROFILAXIS O AUTOMEDICACION CRONICA, PARA ESTA LOS MACROCRISTALES DE NITROFURANTOINA SON LA PRIMERA OPCION SE PRESCRIBE UN CUARTO DE LA DOSIS ESTANDAR DURANTE TRES A NUEVE MESES EMPEZANDO INMEDIATAMENTE DESPUES DE QUE SE HAYA CURADO UNA INFECCION(33-36).

BACTERIAS MAS FRECUENTES EN LAS INFECCIONES URINARIAS:

ENTEROBACTERIAS

E COLI

PROTEUS MIRABILIS

KLEBSIELLA

OTRAS ENTEROBACTERIAS

PSEUDOMONAS AERUGINOSA

SERRATIA MARCESCENS

COCOS GRAMPOSITIVOS

STREPTOCOCCUS FAECEILIS

STAPHYLOCOCCUS SUPROOPHYTICUS(521)

LAS NUEVAS QUINOLONAS

EL PRIMER FARMACO DE ESTE GRUPO QUE SE SINTETIZO -
FUE EL ACIDO NALIDIXICO, DESCUBIERTO EN 1962 POR --
LESHER.

DEBIDO A SUS CARACTERISTICAS FARMACOCINETICAS (VI-
DA MEDIA CORTA, CONCENTRACIONES SERICAS BAJAS, RA-
PIDA EXCRECION URINARIA) Y A SU ESPRECTO DE ACTIVI
DAD ANTIMICROBIANA, DICHO ACIDO SE HA UTILIZADO --
UNICAMENTE EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES DEL --
TRACTO URINARIO.

POSTERIORMENTE, SE HAN SINTETIZADO OTROS PREPARADOS
DE ESTRUCTURA QUIMICA SIMILAR AL ACIDO NALIDIXICO-
(ACROSOXACINA, ACIDO PIPEMIDICO), QUE POSEEN UN MA--
YOR ESPRECTO DE ACTIVIDAD, Y QUE INCLUYEN ALGUNAS -
CEPAS DE PSEUDOMONAS, CON UNA MENOR CONCENTRACION --
INHIBITORIA MINIMA (CIM) PARA LA MAYOR PARTE DE LAS
ENTEROBACTERIACEAS. EL PERFIL FARMACOCINETICO DE -
ESTA SEGUNDA GENERACION DE QUINOLONAS ES SIMILAR -
AL DE LAS PRIMERAS.

A PARTIR DE 1981, LA INTRODUCCION DE UN ATOMO DE --
FLUOR EN POSICION 6, DIO LUGAR AL NACIMIENTO DE LA -
LLAMADA TERCERA GENERACION DE QUINOLONAS O FLUORQUI-
NOLONAS, QUE POSEEN UNA MAYOR POTENCIA ANTIBACTERIA-
NA Y UN ESPRECTO MAS AMPLIO QUE LAS QUINOLONAS PRECE
DENTES.

EN CONJUNTO, LAS FLUORQUINOLONAS SE CARACTERIZAN POR
TENER UNAS CIM PEQUENAS PARA LAS ENTEROBACTERIACEAS-

Y POR SER Y POSEER UNA MODERADA ACTIVIDAD FRENTE A PSEUDOMONA AERUGINOSA Y STAPHYLOCOCCUS. LAS CARACTERISTICAS FARMACOCINETICAS HACEN POSIBLE SU UTILIZACION EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES SISTEMICAS NO PRODUCEN RESISTENCIAS CRUZADAS CON OTROS ANTIMICROBIANOS COMO AMINOGLUCOSIDOS Y BETALACTAMICOS-- SON POCO TOXICAS Y PRODUCEN UNA ESCASA INCIDENCIA-- A REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS (RAM) .TODO - ESTE CONJUNTO DE PROPIEDADES CONSTITUYE A LAS QUINOLONAS COMO UN GRUPO DE UTILIZACION MUY PROMETEDO RA EN LA PRACTICA CLINICA DIARIA C.

FARMACOCINETICA

ABSORCION

EN GENERAL, LAS FLUORQUINOLONAS SE ABSORBEN BIEN Y DE FORMA RAPIDA CUANDO SE ADMINISTRAN POR VIA ORAL. ALCANZAN LA CONCENTRACION MAXIMA, APROXIMADAMENTE - ENTRE UNA Y TRES HORAS DESPUES DE SU ADMINISTRACI-- ON .

DISTRIBUCION

LA FLUORQUINOLONAS SE DISTRIBUYEN AMPLIAMENTE POR - TODOS LOS LIQUIDOS Y TEJIDOS ORGANICOS, SIENDO EL - VOLUMEN DE DISTRIBUCION MAYOR A 1L/KG.LA QUINOLONA-- QUE MAS DIFUNDE POR EL ORGANISMO ES LA CIPROFLOXACI NA, CON UN VOLUMEN DE DISTRIBUCION DE 2-3 1/KG ---- CUANDO LOGRA EL EQUILIBRIO ESTACIONARIO. LA CIPRO--

FLOXACINA ALCANZA CONCENTRACIONES ELEVADAS, MAYORES INCLUSO QUE LAS PLASMATICAS, EN TERRITORIOS COMO:--
BILIS, HUESO Y APARATO GENITOURINARIO, PRINCIPALMENTE EN PROSTATA.

ELIMINACION

PREFERENTEMENTE, LAS QUINOLONAS SE ELIMINAN A TRAVES DEL RIÑON, POR FILTRACION GLOMERULAR Y SECRECCION -- TUBULAR ACTIVA, PRESENTAN UN ACLARAMIENTO RENAL ELEVADO; EN GENERAL, ENTRE 200 A 500 ML.MIN.

ESPECTRO ANTIBACTERIANO

LAS FLUORQUINOLONAS SON ANTIMICROBIANOS BACTERICIDAS DE AMPLIO ESPECTRO; SON ACTIVAS FRENTE A BACTERIAS GRAM-NEGATIVAS Y POSITIVAS, AEROBIOS Y FACULTATIVOS, Y NO PRESENTAN NINGUNA ACTIVIDAD FRENTE A HONGOS Y PROTOZOOS 23.

INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO

LA EXCELENTE ACTIVIDAD QUE POSEEN LAS QUINOLONAS FRENTE A LA CASI TOTALIDAD DE LOS PATOGENOS URINARIOS, INCLUYENDO PSEUDOMONAS; EL ALTO PORCENTAJE DEL FARMACO--ELIMINADO POR ORINA, DESPUES DE LA ADMINISTRACION POR VIA ORAL; Y SU BUENA TOLERANCIA CONVIERTEN A ESTE GRUPO DE FARMACOS EN FIRMES CANDIDATOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO COMPLICADAS Y NO COMPLICADAS.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

LA INFECCION DE VIAS URINARIAS ES UNO DE LOS PROCESOS INFECCIOSOS QUE AFECTAN CON MAYOR FRECUENCIA AL INDIVIDUO EN TODO CICLO VITAL. SU IMPORTANCIA RADICA EN LAS GRAVES SECUELAS QUE DEJA CUANDO LA INFECCION NO ES ATENDIDA CON OPORTUNIDAD, O TRATADA EFICAZMENTE EN ESPECIAL EN INDIVIDUO CON UN APARATO URINARIO CON ALTERACIONES ANATOMICAS QUE CONDICIONAN REINFECCION. LA EDAD DEL HUESPED JUEGA UN PAPEL IMPORTANTE EN LA GENESIS DE LA INFECCION URINARIA. LAS MUJERES ENTRE 20 Y 40 AÑOS DE EDAD PRESENTAN UNA MAXIMA INCIDENCIA DE INFECCION URINARIA. LOS HABITOS HIGIENICOS DEL HUESPED PUEDEN LIMITAR O FAVORECER LA APARICION DE IVU, DEFECTUOSA HIGIENE PERIANAL, ESTREÑIMIENTO CRONICO, MICCION INFRECUENTE, ESCASA INGESTA DE LIQUIDOS, USO DE ROPA INTERIOR MUY AJUSTADA, EL COITO Y USO DE DIAFRAGMA SON FACTORES DE RIESGO A ESTE TIPO DE INFECCION. LA ETIOLOGIA DE LA IVU ES HABITUALMENTE POR ENTEROBACTERIAS QUE COLONIZAN LA REGION PERIANAL, EL TRATAMIENTO VA DIRIGIDO A CONTROLAR Y CURAR LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO CON EL FIN DE IMPEDIR LA EXTENSION DE LA INFECCION A RIÑONES Y CONSERVAR LA INTEGRIDAD DE LA FUNCION RENAL.

LOS ESQUEMAS DE TRATAMIENTO SON DIVERSOS LOS TRADICIONALES SON: AMOXICILINA, AMPICILINA, TRIMETROPIN Y SULFAMETOKAZOL, CEFALEXIMA, GENTAMICINA Y LOS ACTUALES SON QUINOLONAS COMO CIPROFLOXACINA Y LOMEFLOXACINA.

CON LA REVISION DE ESTOS CONCEPTOS EN LOS QUE SE ENCUENTRAN LAS VARIABLES A ESTUDIAR EN NUESTRO TRABAJO, NOS MOTIVA A BUSCAR EN NUESTRO MEDIO DE TRABAJO EL COMPORTAMIENTO DE ESTA PATOLOGIA POR LO QUE PODEMOS PLANTARNOS LAS SIGUIENTES INTERROGANTES.

¿ CUALES SON LOS FACTORES DE RIESGO QUE CONDICIONAN LA REINFECCION DE VIAS URINARIAS?

¿ CUAL ES LA EVOLUCION DEL PACIENTE REINFECTADO BAJO TRATAMIENTO CON QUINOLONAS?.

JUSTIFICACION

DURANTE MI JORNADA DE TRABAJO Y EN PLATICAS CON MIS COMPAÑEROS HE OBSERVADO QUE HAY PACIENTES QUE PRESENTAN INFECCION DE VIAS URINARIAS REPETITIVAS Y MULTITRATADAS, SITUACION QUE ME MOTIVO A REALIZAR UNA INVESTIGACION SOBRE ESTE PROBLEMA, POR LO QUE SOLICITE INFORMACION EN MI UNIDAD A CERCA DE LAS IVU Y ENCONTRE QUE EN UN AÑO HUBO 727 CASOS DE ESTA PATOLOGIA, SIN EMBARGO NO PUDE DEFINIR DE ELLAS CUANTAS ERAN RECURRENTES, PERO SI PUDE SACAR MAS O MENOS CON EXACTITUD LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA UN TOTAL DE 548 PACIENTES QUE SE LOGRO OBTENER ESTOS DATOS POR MEDIO DE LA HOJA DE REGISTO DEL DIARIO.

POR OTRO LADO EXISTE UN GRAN NUMERO DE PUBLICACIONES SOBRE IVU SIN EMBARGO ES IMPORTANTE CONOCER EL COMPORTAMIENTO DE ESTOS CUADROS EN NUESTRO MEDIO (CIUDAD FRONTERIZA).

LA LITERATURA REFIERE QUE LAS IVU VAN EN TERCER LUGAR EN LA MORBILIDAD DE ORIGEN INFECCIOSO EN EL ADULTO Y QUE EL 40% DE LAS MUJERES ADULTAS ENTRE LOS 25 y 40 AÑOS TIENEN BACTERIURIA ANTE ESTA SITUACION ES IMPORTANTE DIAGNOSTICAR Y TRATAR OPORTUNAMENTE ESTA PATOLOGIA DE LO CONTRARIO EL PACIENTE PUEDE EVOLUCIONAR HASTA LA INSUFICIENCIA RENAL LO QUE NOS DA MAYORES GASTOS ECONOMICOS POR LAS REPERCUSIONES BIOPSIOSOCIALES DE LOS INDIVIDUOS AFECTADOS.

O B J E T I V O S

OBJETIVO GENERAL:

DETERMINAR LOS FACTORES QUE CONDICIONAN REINFECCION EN VIAS URINARIAS EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVO Y COMPARAR EL EFECTO DE DOS ANTIBIOTICOS SOBRE EL AGENTE ETIOLOGICO IDENTIFICADO.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- IDENTIFICAR LOS SINTOMAS MAS COMUNES EN IVU RECURRENTE.
- 2.- DETERMINAR LOS FACTORES CONDICIONANTES MAS COMUNES EN IVU RECURRENTE.
- 3.- IDENTIFICAR LOS GERMESES MAS COMUNES.
- 4.- IDENTIFICAR EL TIPO DE INFECCION MAS FRECUENTE.
- 5.- ANALIZAR LA EVOLUCION DE LOS SINTOMAS CON CIPROFLOXACINA.
- 6.- ANALIZAR LA EVOLUCION DE LOS SINTOMAS CON LOMEFLOXACINA.
- 7.- DETERMINAR EL GRADO DE CURACION CON LOS ANTIBIOTICOS EMPLEADOS.
- 8.- DETERMINAR SI LAS IVU RECURRENTES SIN DIFERENTES EN LAS MUJERES CON VSA Y LAS QUE NO TIENEN VSA.
- 9.- DETERMINAR EL DIAGNOSTICO INTEGRADO.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO: LA PRESENTE INVESTIGACION ES UN ESTUDIO PROSPECTIVO TRASVERSAL, COMPARATIVO Y DESCRIPTIVO.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO: REALIZADO EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL I.S.S.S.T.E. DE CIUDAD JUARES CHIHUAHUA DONDE SE OBTUVO LA POBLACION A ESTUDIAR, ELABORADO DE AGOSTO 1994 A ENERO 1995.

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA: SIENDO UN TIPO DE MUESTRA NO OLEATORIO Y SECUENCIAL, Y EL TAMAÑO DE MUESTRA DE 60 PACIENTES DEL SEXO FEMENINO CON VIDA SEXUAL ACTIVA (VSA) Y SIN VIDA SEXUAL ACTIVA CON INVECCION RECURRENTE EN MUJERES ENTRE LOS 18 Y 35 AÑOS, EN CUANTO A LA DETERMINACION DE LA MUESTRA SE TOMO EN CUENTA PRIMERO EL NUMERO DE PACIENTES CON INFECCION DE VIAS URINARIAS DEL SEXO FEMENINO QUE FUERON 727 PACIENTES EN UN AÑO SIENDO UNA CONSULTA DE 203 PACIENTES DE SEXO FEMENINO POR MES Y TOMANDO EN CUENTA 298 PACIENTES EN GENERAL POR MES POR MODULO (MI MODULO NO.1) Y CON LA PIRAMIDE DE POBLACION.

CITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELLIMINACION:

INCLUSION:

- _QUE SEAN DERECHOHABIENTES DEL I.S.S.S.T.E.
- _QUE ACEPTEN PARTICIPAR EN EL ESTUDIO
- _QUE YA TENGAN TRATAMIENTO DE IVU, QUE SE RECURRENTE
- _QUE TENGAN VSA Y QUE NO TENGAN VSA

EXCLUSION:

- _QUE SEAN POR PRIMERA VEZ
- _QUE TENGAN EMBARAZO
- _QUE TENGAN OTRA ENFERMEDAD

ELIMINACION:

- _LA PACIENTE QUE SE EMBARASE DURANTE EL ESTUDIO
- _PERDIDA DE CONTINUIDAD
- _QUE TENGA OTRA INFECCION

INFORMACION A RECOLECTAR (VARIABLES DE MEDICION):

A LAS PACIENTES SELECCIONADAS SE LES REALIZA UN FORMULARIO EL CUAL CONTIENE LA SIGUIENTE INFORMACION:

- EDAD
- SEXO
- ESTADO CIVIL
- VSA
- NOVSA
- CONTAMINACION FECAL
- POSCOITO(RIESGOS)
- HUESPED INMUNODEFICIENTE
- ACTIVIDAD SEXUAL
- PROMISCUIDAD
- USO DE DIAFRAGMA
- USO DE TAMPONES
- USO DE DESODORANTES GENITALES
- TOMANDOSE EN CUENTA A LAS VARIABLES A RECOLECTAR, INFECCION URINARIA RECURRENTE O RECIDIVANTE, FACTORES DE RIESGO Y LOS ANTIBIOTICOS EN ESTE CASO LAS QUINOLONAS.

PROCEDIMIENTO PARA CAPTURAR LA INFORMACION:

SE ENTREVISTAN EN TRES OCACIONES.

PRIMERA CONSULTA: SE APLICO EL FORMULARIO

SE INTEGRO EL DIAGNOSTICO

SE SOLICITO EL UROCULTIVO

SE DIO TRATAMIENTO CON CIPROFLOXACIO 250MG UNA

CADA DOCE HORAS POR DOCE DIAS A 15 PACIENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y A 15 PACIENTES CON NO VSA, Y DE LA MISMA MANERA SE DIO LOME_FLOXACINO 400MG UNA CADA 24 HORAS POR SIETE DIAS A 15 PACIENTES CON VSA Y A 15 PACIENTES CON NO VIDA SEXUAL ACTIVA.

SEGUNDA CONSULTA: SE EVALUO LA SINTOMATOLOGIA:

DISURIA, POLAQUIURIA, URGENCIA URINARIA

SE SOLICITA UROCULTIVO DE CONTROL.

TERCERA VISITA: REALIZADA A LOS DOS MESES;
EVALUACION FINAL DE UROCULTIVO
EVALUACION FINAL DE SINTOMATOLOGIA

EL ESTUDIO FUE AUTOFINANCIABLE CON LA COLABORACION DE LABORA_
TORIOS SEARLE Y LOS RECURSOS PROPIOS DE LA UNIDAD Y DEL INVES_
TIGADOR,

LAS CONSIDERACIONES ETICAS NO LAS HAY YA QUE NO EXISTEN RIES_
GOS PARA LA INVESTIGACION PARA LOS PACIENTE, PARA FINES DEL ES_
TUDIO LA INFECCION DE VIAS URINARIAS RECURRENTE SE CONSIDERO
COMO INFECCION POR EL MISMO MICROORGANISMO.

R E S U L T A D O S

DE LOS 60 PACIENTES ESTUDIADOS LA MAYOR PARTE DE -
ELLOS SE ENCUENTRA ENTRE 25 Y 30 ANOS DE EDAD(CUA-
DRO Y GRAFICA 1) Y EN EL TIPO DE INFECCION MAS FRE-
CUENTE, . 52 PACIENTES PRESENTAN CISTITIS Y 8 PACI-
ENTES .PELONEFRITIS(CUADRO 2) SE ESTUDIARON 30 PA-
CIENTES CON NO VSA.

EL TOTAL DE PACIENTES TENIAN YA 2 A 4 REPETICIONES-
DE IVU TODAS YA CON TRATAMIENTO PREVIO (CUADRO Y -
GRAFICA 3) LOS SINTOMAS QUE PRESENTARON LOS PACIEN-
TES FUERON, DISURIA, POLAQUIURIA, DOLOR LUMBAR, NICTU-
RIA, FIEBRE, HEMATURIA, INCONTINENCIA URINARIA LOS -
MAS FRECUENTES DISURIA, DOLOR LUMBAR.(CUADRO No.4)-
LOS FACTORES DE RIESGO EN IVU LOS MAS FRECUENTES SON
MICCION FRECUENTE(POSCOITO)Y CONTAMINACION FECAL.(CUA-
DROS).

DE LOS 60 UROCULTIVOS QUE SE REALIZARON EL AGENTE ETIO-
LOGICO MAS FRECUENTE ES E COLI PRESENTANDOSE EN 30 PA-
CIENTES OCUPANDO 50% EN PORCENTAJE LE SIGUE PROTEUS--
EN 12 PACIENTES (20%) KLEBSIELLA EN 10 PACIENTES ____
(16.66%) STAPLLRLOCCOS EPIDERMITIS EN 7 PACIENTES --
(11.67% Y PSEUDOMONA EN PACIENTE (1.67%) CUADRO 5)
DE LOS PACIENTES TRATADOS CON CIPROFLOXACINA LOS RE--
SULTADOS FUERON LOS SIGUIENTES:

15 PACIENTES CON VSA 11 PACIENTES TUVIERON NULA SU SIN-
TOMATOLOGIA DE LOS TRATADOS CON LOMEFLOXAENO.

15 PACIENTES CON VSA SOLO 1 PACIENTE REFIRIO DOLOR -

LUMBAR OCASIONAL SE CONSIDERO COMO 15 PACIENTES
CURADOS.

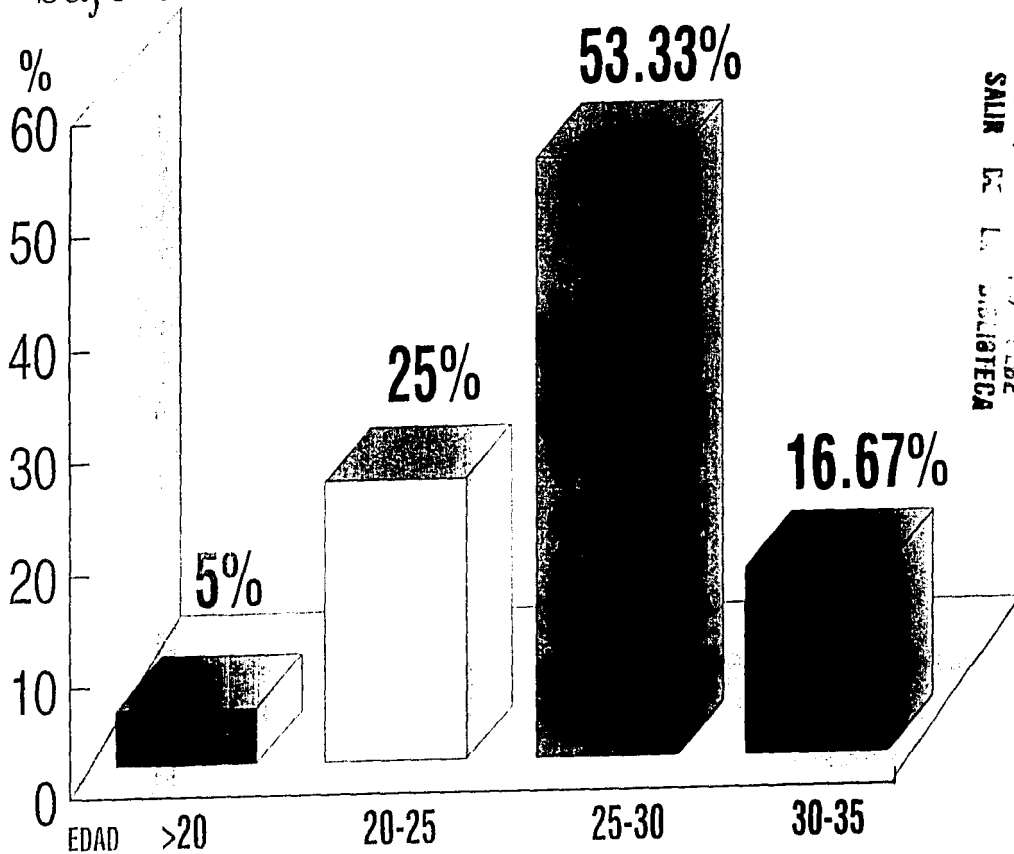
15 PACIENTES CON NO VSA LOS 15 PACIENTES TUVIERON
NULA SU SINTOMATOLOGIA(CUADRO No7 Y GRAFICA No.7)-
CURACION TOTAL DE PACIENTES CIPROFLOXACINA, 23 PA--
CIENTES 76.67% Y DE LOS PACIENTES LOMEFLOXACINO -
30 PACIENTES CURADOS (100%) PACIENTES (CUADRO 8 -
POR GRAFIA 8) Y SIN RESPUESTA AL T: 7 PACIENTES -
(23.33%)

CUADRO # 1

PACIENTES DE DIFERENTES EDADES BAJO ESTUDIO.

EDADES	PACIENTES	PORCENTAJES
20	3	5%
20 - 25	15	25%
25 - 30	32	53.33%
30 - 35	10	16.67%

Pacientes de diferentes edades bajo estudio



TOTAL DE PACIENTES: 60

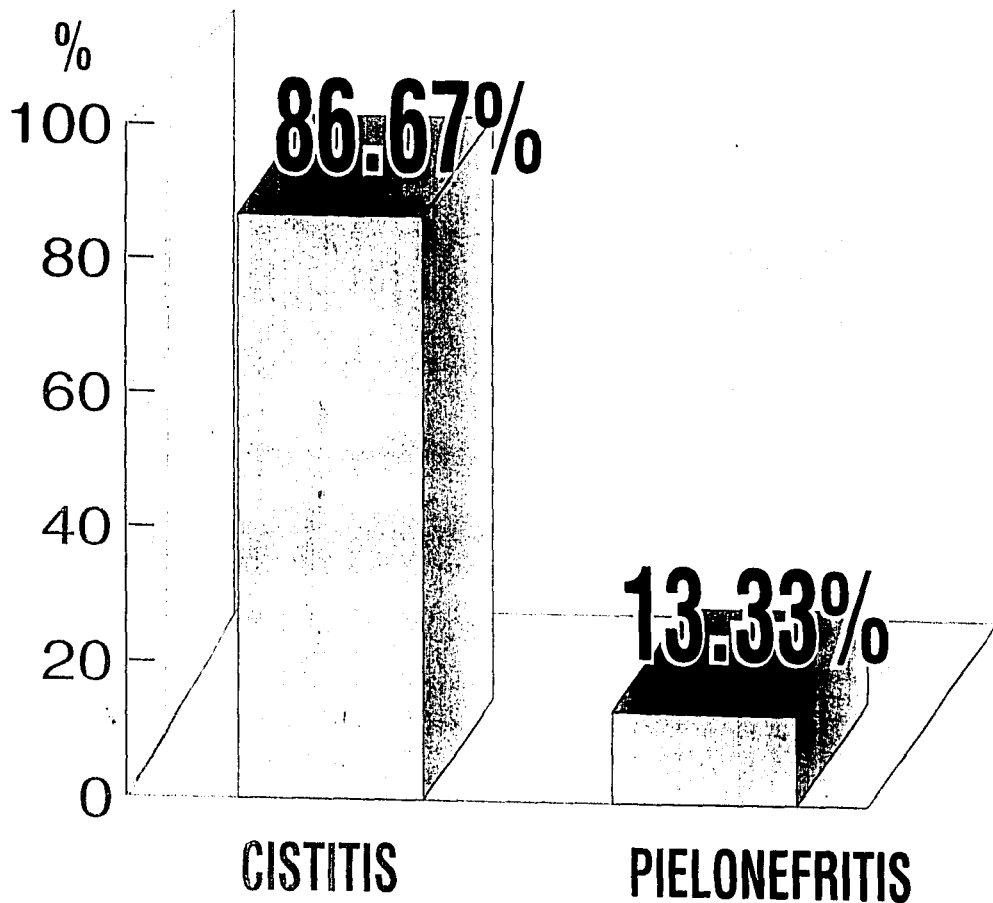
ESTA TRABAJO NO PUEDE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO # 2

TIPO DE INFECCION MAS FRECUENTE.

INFECCION.	PACIENTE.	PORCENTAJE
CISTITIS	52	86.67%
PIELONEFRITIS	8	13.33%

Tipo de infección más frecuente



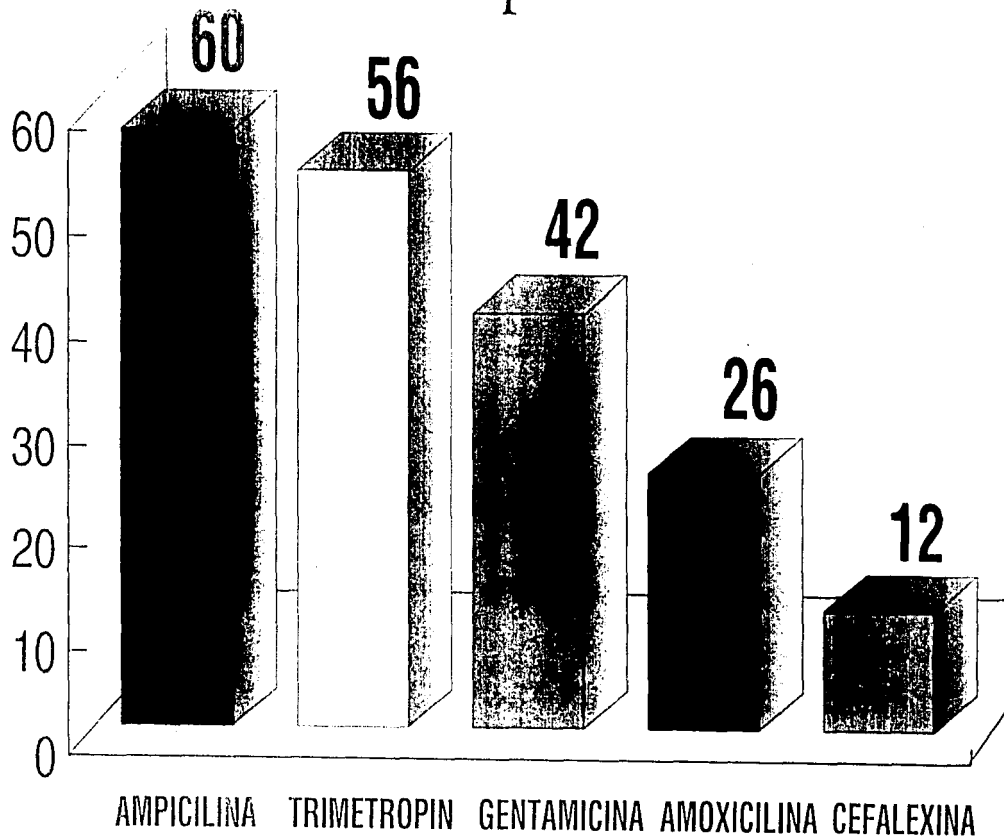
TOTAL DE PACIENTES:60

CUADRO # 3

TRATAMIENTO PREVIO AL ESTUDIO.

MEDICAMENTO.	PACIENTES.	PORCENTAJE.
AMPICILINA	60	100%
TRIMETROPIN TON SULFAMETOXAZOL	56	93.33%
GENTAMICINA	42	70%
AMOXICILINA	26	43.33%
CEFALEXINA	12	20%

Pacientes con tratamiento previo al estudio



PACIENTES SEGUN DESAPARICION DE SINTOMAS DESPUES DE TRATAMIENTO CIPROFLOXACINA.

SINTOMAS	V.S.A.		NO V.S.A.	
	No.	%	No.	%
DISURIA	14	93.33%	15	100%
POLAQUITURIA	15	100%	15	100%
DOLOR LUMBAR	12	80%	12	80%
NICTURIA	13	86.66%	14	93.33%
FIEBRE	14	93.33%	15	86.66%
HEMATURIA	14	93.33%	15	100%
INCONTINENCIA URINARIA	13	86.66%	14	93.33%

PACIENTES SEGUN DESAPARICION DE SINTOMAS CON TRATAMIENTO LOMEFLOXACINA.

SINTOMAS	V.S.A.		NO V.S.A.	
	No.	%	No.	%
DISURIA	15	100%	15	100%
POLAQUITURIA	15	100%	15	100%
DOLOR LUMBAR	14	93.33%	15	100%
NICTURIA	15	100%	15	100%
FIEBRE	15	100%	15	100%
HEMATURIA	15	100%	15	100%
INCONTINENCIA URINARIA	15	100%	15	100%

CUADRO # 5

FACTORES DE RIESGO EN INFECCIONES DE VIAS URINARIAS EN LA MUJER.

FACTORES DE RIESGO	V. S. A.		NO V. S. A.	
	Nº.	%	Nº.	%
CONTAMINACION FECAL.	9	30%	27	90%
INFECCIONES FRECUENTES (POSCOITO)	18	60%	0	0.0%
ACTIVIDAD SEXUAL PROMISCUIDAD	2	6.66%	0	0.0%
NO DIAFRAGMA	0	0.0%	0	0.0%
NO TAMPONES	1	3.33%	0	0.0%
NO DESODORANTES GENITALES	0	3.33%	2	6.66%
INGESTA AGUA INADECUADA	0	0.0%	1	3.33%

EN LOS UROCULTIVOS REALIZADOS LOS MICROORGANISMOS IMPLICADOS EN LAS INFECCIONES VIAS URINARIAS EN LA MUJER FUERON.

VI	V.S.A		NO V . S . A.		TOTAL	PORCENTAJES.
	NO.	%	NO.	%	PACIENTES	
COLI	17	56.67%	13	43.33%	30	50%
STREPTOCOCCUS	5	16.66%	7	23.33%	12	20%
ESCHERICHIA	4	13.33%	6	20%	10	16.66%
STREPTOCOCCUS DE VITIS	3	10%	4	13.33%	7	11.67%
STREPTOCOCCUS	1	3.33%	0	0.00%	1	1.67%

CURACION TOTAL DE PACIENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y NO VIDA SEXUAL ACTIVA.

TRATAMIENTO	Nº.	V. S. A. %	Nº.	NO V.S.A. %
LOMEFLOXACINA	15	25%	15	25%
CIPROFLOXACINA	11	18.34%	12	20%
SIN RESPUESTA	4	6.66%	3	5%

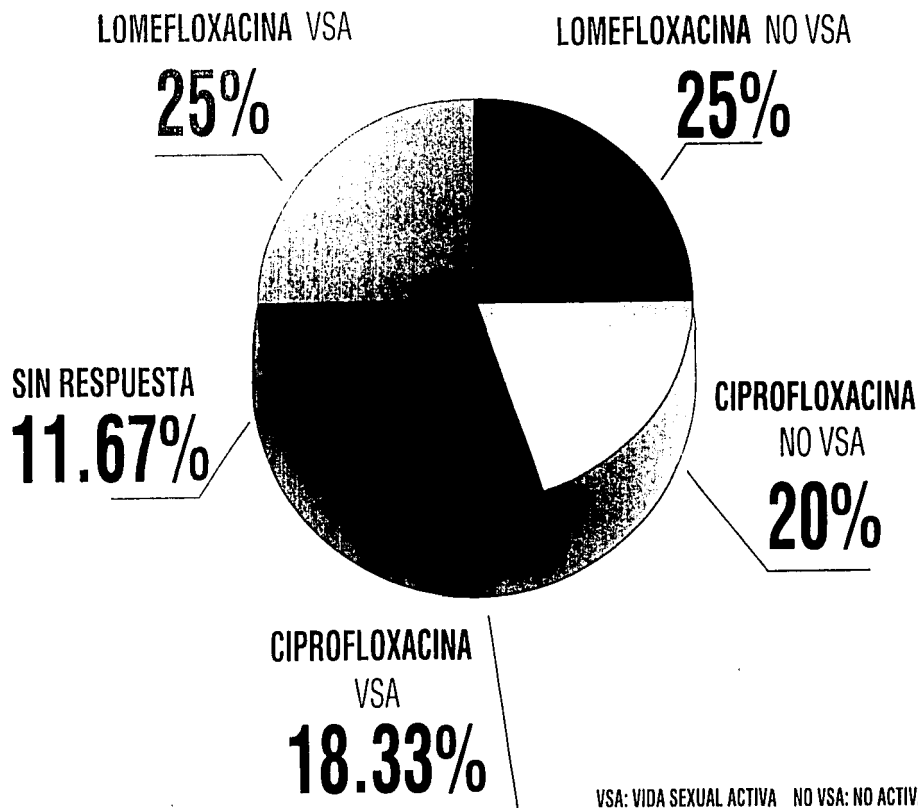
C U A D R O # 8

CURACION TOTAL DE PACIENTES.

MEDICAMENTOS	PACIENTES	PORCENTAJES.
CIPROFLOXACINA	23	76.67%
LOMEFLOXACINA	30	100%
SIN RESPUESTA.	7	23.33%

Porcentaje de curación

Total 60 pacientes

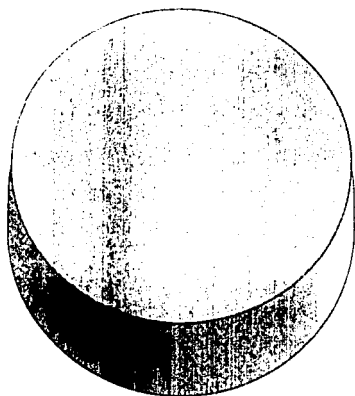


Comparación gráfica de pacientes con respuesta al tratamiento para IVU

LOMEFLOXACINO

30 PACIENTES

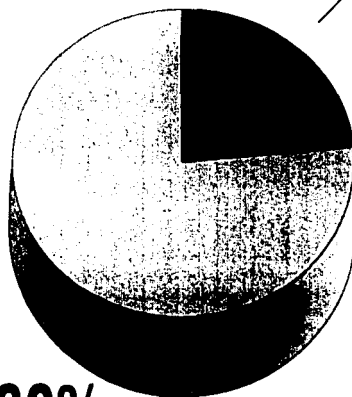
100%



CIPROFLOXACINO

23.33%

7 PACIENTES SIN RESPUESTA



76.66%

23 PACIENTES

DISCUSION

IVU ES UN PROBLEMA COMUN QUE PUEDE AFECTAR A LA PACIENTE DESDE LA ADOLESCENCIA HASTA DESPUES DE LA MENOPAUSIA, AUNQUE EL DIAGNOSTICO Y EL TRATAMIENTO SUELEN SER RUTINARIOS EL MEDICO DEBE ESTAR ALERTA A LAS PRESENTACIONES ATIPICAS Y A LOS CAMBIOS EN EL TRATAMIENTO NECESARIO DEBIDO A LOS PATOGENOS RESISTENTES. LOS ESTUDIOS REALIZADOS EN PACIENTES VOLUNTARIOS CON IVU RECURRENTE A DOSIS DE 400MG DE LOMEFLOXACINO ALCANZA CONCENTRACIONES URINARIAS DE MAS DE 100MG/L. ESTAS CONCENTRACIONES DEMUESTRAN LA ALTA CONCENTRACION Y DIFUSION EN VIAS URINARIAS DE LA LOMEFLOXACINO LO HACEN UN ANTIMICROBIANO UTIL EN EL TRATAMIENTO DE IVU ESTO PERMITE REDUCIR EL COSTO Y MEJORAR EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO POR PARTE DEL PACIENTE CUMPLE ASI CON LOS CRITERIOS DE EFICACIA; TOLERABILIDAD Y UTILIDAD EN EL TRATAMIENTO DE IVU RECURRENTE. EL AGENTE ETIOLOGICO SIGUE SIENDO E.COLI ENCONTRANDOSE EN PORCENTAJE DE 100%, CON RESULTADOS EXELENTE, Y LOS EFECTOS SECUNDARIOS HASTA LA FECHA SIN OBSERVARSE NINGUNO. LA CIPROFLOXACINA, TAMBIEN OBTUVO RESULTADOS MUY BUENOS PERO EN ESTE ESTUDIO SE CONCLUYE COMO EL MEJOR LA LOMEFLOXACINA (MAXAQUIN) Y QUE NO ESTARIA NADA MAL TENERLO DENTRO DEL CUADRO BASICO EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL I.S.S.S.T.E.

DISCUSION

LA IVU AGUDAS Y RECURRENTES SON COMUNES EN LAS MUJLRES JOVENES SEXUALMENTE ACTIVAS POR LO QUE ESTARIA BIEN A CADA PACIENTE HACER LE SABER TODO LO SIGUIENTE PARA LA PREVENCION DE IVU: EVITAR DURANTE EL COITO UN TRAUMATISMO URETERAL EXCESIVO Y ORINAR POCO DESPUES ELIMINA LA MAYOR PARTE DE LAS BACTERIAS INTRODUCIDAS A LA VEJIGA. SE DEBE INSTRUIR AL PACIENTE PARA QUE CUANDO ASEEL PERINE LO HAGA DE ADELANTE HACIA ATRAS Y QUE DESPUES DE CADA EVALUACION LAVE EL AÑO Y EL PERINE, ESTE ULTIMO NO ASEADO, ROPA AJUSTADA Y HUMEDAD, SON EL MEDIO IDEAL PARA LA MULTIPLICACION DE ENTEROPATOGENOS. ES RECOMENDABLE CAMBIAR EL USO DE DIAFRAGMA POR OTRO METODO, LOS TAMPONES PUEDEN TENER UN EFECTO MECANICO SIMILAR SOBRE LAS VIAS URINARIAS INFERIORES.

LA ORINA RESIDUAL EN LA VEJIGA AUMENTA LA SUSCEPTIBILIDAD DEL HUESPEDE Y CONTRIBUYE A LA APARICION DE IVU, LA PACIENTE DEBE DESCONTINUAR EL USO DE ROCIOS PARA HIGIENE, BAÑOS DE BURBUJAS Y DUCHAS VAGINALES. SE DEBE RECOMENDAR QUE EVITE LAS PRACTICAS Y POSICIONES SEXUALES QUE CONTRIBUYAN A LA CONTAMINACION DEL INTROITO Y A LA ENTRADA DE PATOGENOS PERIANALES A LA VEJIGA. (PENETRACION A LA VEJIGA POR LA REGION POSTERIOR, COITO ANAL SEGUIDO DE COITO VAGINAL CONTACTO ENTRE PENE Y LA URETRA FEMENINA Y SEXO ORAL SIN UNA BUENA HIGIENE BUCAL.

CONCLUSIONES

- 1.- LOS FACTORES DE RIESGO EN LA MUJER CON VIDA SEXUAL ACTIVA MAS FRECUENTES FUERON : EL COITO, FALTA DE MICCIONES FRECUENTES Y LA CONTAMINACION FECAL.
- 2.- LOS MICROORGANISMOS MAS COMUNES FUERON EN ORDEN DE FRECUENCIA E.COLI, PROTEUS Y KLEBSIELLA TANTO EN VSA COMO EN NO VSA.
- 3.- EL TRATAMIENTO CON LOMEFLOXACINA FUE MEJOR QUE CON CIPROFLOXACINA.
- 4.- EL TIPO DE INFECCION MAS FRECUENTE FUE LA CISTITIS.
- 5.- LOS SINTOMAS MAS COMUNES FUERON DISURIA, POLAQUIURIA, DOLOR LUMBAR, NICTURIA, FIEBRE, HEMATURIA E INCONTINENCIA URINARIA.
- 6.- LA EVOLUCION Y REMISION DE LOS SINTOMAS FUE MEJOR CON LOMEFLOXACINA.
- 7.- NO HAY DIFERENCIAS EN LAS IVU RECURRENTES ENTRE LAS MUJERES CON VSA Y LAS MUJERES SIN VSA (VIDA SEXUAL ACTIVA).

RECOMENDACIONES

- 1.-FACILITAR LOS RECURSOS NECESARIOS PARA PRESTAR UNA MAYOR _
DIFUSION A LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE LAS IVU CON EL FIN
DE QUE LOS DERECHOHABIENTES FOMENTEN SU ESTADO DE SALUD.
- 2.-REALIZAR LAS MEDIDAS NECESARIAS QUE FACILITEN LOS RECURSOS
PARA EL ESTABLECIMIENTO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIONES DE
IVU ASI COMO DE SU DETECCION.
- 3.-PRESTAR LOS RECURSOS NECESARIOS PARA DIFUNDIR LOS CRITERIOS
DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS IVU ENTRE LOS MEDICOS FA_
MILIARES.
- 4.-INVOLUCRAR EL EQUIPO DE SALUD PARA UN MEJOR MANEJO INTEGRAL
DE LAS IVU.
- 5.-SOLICITAR SE CUENTE EN LAS UNIDADES DEL SECTOR SALUD CON ME_
DICAMENTOS COMO LAS QUINOLONAS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS _
IVU.
- 6.-SOLICITAR SE CUENTE CON MEDIOS ADECUADOS DE CULTIVO Y ANTI_
BIOGRAMAS ASI COMO PERSONAL CAPACITADO EN LOS LABORATORIOS _
DE LAS UNIDADES.
- 7.-ANOTAR EN LAS HOJAS DE REGISTRO DE CONSULTAS DIARIAS EL DIAG
NOSTICO DE IVU RECURRENTES, LO QUE AYUDAN A TENER UNA MEJOR _
ESTADISTICA.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- M CATALAN.P ALVAREZ JR AZANZA LAS NUEVAS QUINOLONAS
MEDICINA PREVENTIVA Y ASISTENCIAL VOL 4 NUMERO 11 NOVI_
EMBRE 1990.(PAG 50-56)
- 2.- J,M. MENENDEZ FERNANDEZ Y P GALE O FEAL,INFECCIONES URI_
NARIAS EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO MEDICINA PREVENTIVA
Y ASISTENCIAL. VOL 3 NUMERO 12 DICIEMBRE 1989(PAG.561-564)
- 3.- KAYED Y COL,INFECCIONES DE VIAS URINARIAS CLINICAS MEDICAS
NORTEAMERICA 1991;2:243-527.
- 4.- DAMASO DL INFECCION URINARIA,ETIOPATOGENIA CIENCIA MED.
1984-6.
- 5.- HARDING GKMEAL TRATAMIENTO ANTIMICROBIAL COMO PROFILAXIS
POR IVU EN LA MUJER.REV.INFECT.1982 U:438.
- 6.- DR.H TRENT MACKAY INFECCION DE VIAS URINARIAS EN MUJERES
REVISTA INFECTOLOGIA NO.6 JULIO 1993 (PAGS_361-366)
- 7.- FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ ANATOMIA APTO.GENITOURINARIO.
VIGESIMA TERCERA EDICION.TOMO 111 1982(PAGS 230-235).
- 8.- MARCUSA KIUPP, MILTONS J.CHATTON LAWRENCE M TIERNE
JR INFECCIONES VIAS URINARIAS EDICION AÑO 1991,PAGS _
568-573)
- 9.- MORRIS FISHBERN MD, PROFILAXIS EN IVU ENCICLOPEDIA FAMI_
LIAR DE LA MEDICINA Y SALUD.TOMO 2 1977
(PAGS_ 532-534).
- 10.- DONALD R. SMITH INFECCION DE VIAS URINARIAS RECIDIVANTE.
UROLOGIA GENERAL OCTAVA EDICION 1985 (PAGS-167-172).
- 11.- GARCIA MARTOS,J DIAZ PORTILLO Y EL AGUDO PREZ ,LABORATO_
RIO EN EL DIAGNOSTICO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URI_
NARIO MEDICINA INTEGRAL VOL 5 NUMEROS MAGOL 991 (PAG 1909)
- 12.- A DE SCHRYVER A MEHEUS SELECCION DEL MEJOR MEDICAMENTO EN
IVU INFECTOLOGIA MAYO 1993 NUM. 13 (PAGS- 263-269).

- 13.- J.F. JIMENEZ CRUZ Y CD VERA DONOSO , INFECCION URINARIA. TRATADO DE MEDICINA PRACTICA NUMERO 31 TERCERA EDICION _ JULIO 1991 (PAGS-9-12).
- 14.- J.VAZQUEZ IZQUIERDOA. SILMIMOYANO J.J.GOMEZ RUIZ, UNA MUJER CON CISTITIS , MEDICINA INTEGRAL VOL.6 , NUMERO 12, DICIEMBRE 1992 (PAGS-448-492).
- 15.- A MORENO MARTINEZ. UNA INFECCION URINARIA , MEDICINA PREVENTIVA Y ASISTENCIAL VOL 8 NUMERO 12, DICIEMBRE 1994 (PAGS-520-522).
- 16.- S.PASCUAL CARRASCO, PABAIGAR LUQUIN, J.SANTOS BARAJAS, A. VAZQUEZ RAMOS. R DE TORO CASADO, DIGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES URINARIAS, JUNIO 1995 CUARTA EDICION NO.2 (PAGS-31-34).
- 17.- KOMAROFF AL ACULC, DISURIA EN LA MUJER MEDICINA NUEVA 1984; 310, 368-375).
- 18.- ROBERT BERKOW M D ADREW J , EL MANUAL DE MERK, TRASTORNOS GENITO URINARIOS 1994. NOVENA EDICION (PAGS-1898).

A N E X O

N O M B R E

E D A D

E S T A D O C I V I L

S E X O

T R A T A M I E N T O P R E V I O

N U M E R O D E R E I N F E C C I O N

S I N T O M A T O L O G I A

F R E C U E N C I A D E L C O I T O

M O L E S T I A S A L A R E L A C I O N S E X U A L

F A C T O R E S D E R I E S G O

H I G I E N E P E R I A N A L

M I C C I O N E S F R E C U E N T E S (E N R E L A C I O N A L C O I T O)

T A M P O N E S

D I A F R A G M A

D I A G N O S T I C O I N T E G R A D O (C I S T I T I S , P I E L O N E F R I T I S)