



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA



Componente Práctico del Examen Complexivo previo a la Obtención del Grado
Académico de Obstetriz

TEMA DEL CASO CLINICO:

“PIELONEFRITIS EN ADOLESCENTE DE 17 AÑOS CON EMBARAZO DE 30
SEMANAS DE GESTACION”

AUTOR:

MIRIAN MERCEDES OBANDO DELGADO

TUTOR:

DR. GEORGETOWN OLMEDO TAPIA MESTANZA

Babahoyo - Los Ríos – Ecuador

2019

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
TEMA DEL CASO CLINICO:	VI
RESUMEN	VII
ABSTRACT	VIII
INTRODUCCIÓN	IX
I. MARCO TEÓRICO	1
1.1 Justificación	12
1.2 OBJETIVOS	13
1.2.1 OBJETIVO GENERAL	13
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
1.3 Datos Generales	14
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	15
2.1 Análisis del Motivo de Consulta y Antecedentes	15
2.2 Principales datos clínicos que refiere la paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)	16
2.3 Examen Físico (exploración clínica)	17
2.4 Información de Exámenes Complementarios Realizados	18
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo	19

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	20
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales	21
2.8 Seguimiento	21
2.9 Observaciones	22
CONCLUSIONES	23
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
ANEXOS	27

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo; a Dios por acompañarme en este largo camino y ser mi guía en todo momento y a mis padres y hermano por la paciencia, amor y apoyo brindado para ser mejor persona cada día y así poder ser una buena profesional.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar; al Rey de Reyes porque sin el esto no fuera posible y por permitirme llegar a este momento tan anhelado luego de tantos años de estudio.

A mis padres por los consejos diarios y por el ánimo en cada momento difícil que se presentaba.

A mi tío Pedro Delgado (+) que desde el cielo me cuida y bendice grandemente y por enviarme las fuerzas necesarias para no rendirme.

A los docentes por compartir sus conocimientos y experiencias a lo largo de estos años.

TEMA DEL CASO CLINICO:

**“PIELONEFRITIS EN ADOLESCENTE DE 17 AÑOS CON EMBARAZO DE 30
SEMANAS DE GESTACIÓN”**

RESUMEN

La pielonefritis es una infección grave del embarazo y es consecuencia de bacteriuria no detectada, afectando el estado de salud de la gestante manifestándose con hipertermia, cefalea, náuseas que llegan al vómito, disuria, entre otros. Cuando se confirma la pielonefritis por medio de exámenes de laboratorio, siendo el agente etiológico más frecuentemente aislado *Escherichia coli*. Es indispensable el tratamiento inmediato, con antibióticos parenterales, fluidos intravenosos y antipiréticos, con la esperanza de prevenir las secuelas maternas y fetales potencialmente graves que pueden llegar a la muerte. Después de un tratamiento eficaz, se requiere vigilancia y supresión cuidadosa desde el primer nivel de atención, asegurando instruir y concientizar a las mujeres embarazadas, mediante una buena interrelación con su médico en actividades educativas acerca de la responsabilidad maternal, la integración de la familia en el proceso, y sus correctos hábitos nutricionales e higiénicos durante el resto del embarazo y en embarazos nuevos para evitar infecciones recurrentes.

Palabras claves: Infección, Pielonefritis, Sepsis, Embarazo

ABSTRACT

Pyelonephritis is a serious infection of pregnancy and is a consequence of undetected bacteriuria, affecting the state of health of the pregnant woman manifesting with hyperthermia, headache, nausea that reaches vomiting, dysuria, among others. When pyelonephritis is confirmed by laboratory tests, the most frequently isolated etiological agent is *Escherichia coli*. Immediate treatment with parenteral antibiotics, intravenous fluids and antipyretics is essential, with the hope of preventing potentially serious maternal and fetal sequelae that can lead to death. After an effective treatment, vigilance and careful suppression from the first level of care is required, ensuring to instruct and raise awareness among pregnant women, through a good interrelation with their doctor in educational activities about maternal responsibility, the integration of the family into the process, and its correct nutritional and hygienic habits during the rest of the pregnancy and in new pregnancies to avoid recurrent infections.

Keywords: Infection, Pyelonephritis, Sepsis, Pregnancy

INTRODUCCIÓN

Entre las diversas infecciones de vías urinarias y tracto superior encontramos la pielonefritis, siendo esta una de las patologías que presenta la mujer en toda su vida, principalmente en la edad reproductiva y más aún durante el embarazo. Los cambios hormonales y de la posición anatómica del tracto urinario durante la gestación, ayudan a que las bacterias viajen a través de los uréteres hasta los riñones y se desarrolle esta patología. Los riñones agrandan de tamaño por el aumento del flujo sanguíneo, el útero incrementa su volumen por el desarrollo del feto haciendo que se desplace la vejiga. La progesterona sube sus valores durante el embarazo y producen cambios en la relajación de los músculos de la vejiga y los uréteres, produciendo un lento flujo de la orina; además presenta cambios del pH volviéndose más alcalino, provocando la proliferación de las bacterias favoreciendo a las infecciones del tracto urinario. (Parraga, 2016)

Las IVU bajas mal tratadas llegan a complicaciones como pielonefritis, que aumentan el costo de la atención pública; incrementan el problema sanitario de resistencia microbiana a antibióticos, teniendo como consecuencia la elevación del costo de antibióticos. La hospitalización de la paciente y el aumento de los días de estadía pueden llevarla a un posible ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por un probable estado séptico.

La pielonefritis es una de las infecciones del tracto urinario que produce mayor morbimortalidad materno-fetal, complicando según la Organización Mundial de la Salud cerca del 1 al 2% de todos los embarazos, asociándose con una mayor incidencia de parto pretérmino.

I. MARCO TEÓRICO

Pielonefritis y Embarazo

Por diversas causas las infecciones de vías urinarias son muy recuentes en el embarazo, pero una infección de vías urinarias no tratada o tratada de manera inadecuada puede ocasionar que las bacterias asciendan por los uréteres de la vejiga hacia los riñones, provocando un proceso inflamatorio e infeccioso en el parénquima renal. Por lo tanto, la pielonefritis se define infección del parénquima renal de uno o ambos riñones, suele presentarse en el segundo y tercer trimestre, con presencia de signos y síntomas muy puntuales que afectan el estado general de la mujer, tiene una importante asociación a la morbimortalidad materna y fetal; es la forma más severa de las infecciones del tracto urinario que requiere hospitalización en la gestación. (LAROCHELLE, 2015)

Durante el embarazo existen varios cambios fisiológicos que son normales en este estado, pero hacen que la mujer esté más expuesta a estas infecciones, pudiendo generar complicaciones propias del embarazo como parto pre término, recién nacidos con bajo peso al nacer, sepsis e infecciones neonatales.

Etiología

Los microorganismos responsables de infección de vías urinarias durante el embarazo son los mismos que se encuentran en pacientes no embarazadas. *Escherichia coli* representa el 80% al 90% de las infecciones. También son comunes otros bacilos

gramnegativos como *Proteus mirabilis* y *Klebsiella pneumoniae*. Bacterias grampositivas como estreptococos del grupo B y *Staphylococcus saprophyticus* son causas menos habituales de IVU. La *Escherichia coli* puede llegar al árbol urinario transportada por la circulación desde algún foco infeccioso distante; esta infección se ha producido por vía descendente. Si los gérmenes llegan a la vejiga directamente a través de la uretra, la infección se ha producido por vía ascendente. Hoy día se acepta esta última vía como la más frecuente y tiene más significado en la patogenia de las cistitis en las mujeres, pasando bacterias desde la vagina a la uretra y vejiga. (GUILINDRO, 2015)

Epidemiología

La susceptibilidad de la gestante para contraer bacteriuria se debe a diversos factores, tales como las modificaciones en la anatomía y la fisiología renal y la incompetencia temporal de las válvulas vesicoureterales, a lo que se podría agregar el nivel socioeconómico bajo.

Aproximadamente un 25% de las mujeres con bacteriuria asintomática desarrollan posteriormente una infección sintomática del aparato urinario (cistitis o pielonefritis) en el curso del embarazo, y estas gestantes presentan un índice mayor de prematuridad, retardo de crecimiento, abortos, hipertensión inducida por el embarazo, así como insuficiencia renal y shock séptico. (JOSÉ PACHECO, 2015)

La pielonefritis aguda ocurre en un 20% a 30% de mujeres con bacteriuria asintomática no tratada durante el embarazo. Mientras tanto, en las gestantes no bacteriúricas, la pielonefritis aguda ocurre solamente en 1 al 2%. De ahí la importancia que en todas las gestantes se evalúe la presencia de bacteriuria durante el primer trimestre y, nuevamente, en el tercer trimestre. El tratamiento de la bacteriuria asintomática en el primer trimestre reducirá los casos de pielonefritis de 30 a 3 por cada mil gestantes y el tratamiento en el tercer trimestre prevendrá otros 3 de cada 5 casos. (JOSÉ PACHECO, 2015)

Fisiopatología

Durante la gestación se producen una serie de cambios en el organismo que pueden elevar el riesgo de padecer una infección renal o pielonefritis. En estas modificaciones fisiológicas cabe destacar:

- El crecimiento uterino ocasiona, de forma progresiva, que el uréter se desplace lateralmente y se vuelva tortuoso. Por otra parte, a medida que el útero aumenta su volumen también comprime la vejiga, favoreciendo la aparición de residuo posmiccional.
- La segregación de la hormona progesterona durante el embarazo relaja los músculos de los uréteres (las vías que conectan la vejiga y los riñones) dilatándolos y provocando que el flujo de orina se haga más lento, por lo que tarda más tiempo en atravesar las vías urinarias y eleva el riesgo de que las bacterias se reproduzcan y actúen.

- La progesterona también provoca la relajación de los músculos de la vejiga, con lo cual es más difícil vaciarla por completo y se eleva el riesgo de reflujo de la orina, lo que puede provocar que la orina vuelva a subir hacia los riñones.
- Durante el embarazo, el pH de la orina cambia, se vuelve menos ácida y más propensa a contener glucosa, elevando así el riesgo de proliferación de bacterias.
(Romero, 2015)

Otros factores:

- Aumento de la longitud renal en 1 cm.
- Cambio en la posición de la vejiga, se hace más abdominal que pélvica.
- Aumento de la concentración de azúcares y aminoácidos.
- Anomalías del tracto urinario, nivel socioeconómico bajo, antecedentes de IVU, etc. (Marcos, 2015)

Cuadro Clínico

Los síntomas de pielonefritis incluyen:

- Malestar general
- Orina turbia
- Disuria, hematuria, polaquiuria
- Dolor pélvico
- Puño percusión que se localiza en fosa renal derecha en el 50%, izquierda en el 25% o bilateral en el 25%
- Escalofríos

- Fiebre superior a 38° C por más de 2 días
- Náuseas y vómitos
- Deshidratación, cefalea y taquipnea

Complicaciones

La pielonefritis conlleva a complicaciones muy graves durante el embarazo tales como amenaza de parto pretérmino, parto pretérmino, retraso en el crecimiento uterino, bajo peso al nacer, ruptura prematura de membranas y shock séptico.

Amenaza de Parto Pretérmino y Parto Pretérmino

El informe que analiza los índices de nacimientos prematuros en 184 países, en Ecuador el 5,1% de los bebés viene al mundo antes de lo previsto. Los prematuros graves representan un riesgo alto de mortalidad, porque presentan inmadurez en el desarrollo de sus pulmones, son pacientes muy delicados que tienen problemas de circulación intestinal y renal. Aproximadamente el 5% de los bebés que nacen en esta maternidad vienen al mundo antes de cumplir los nueve meses de gestación, el 60% corresponde al grupo de prematuros leves y el 30% son clasificados como “moderados”. Este grupo suele presentar problemas respiratorios. La prematuridad contribuyen una serie de condiciones, presentes con mayor frecuencia en las gestantes En el caso de las manifestaciones clínicas de la pielonefritis, al no ser tratada es la más relacionada a casos de Amenaza y Parto Pretérmino. (HERNÁNDEZ, 2013)

Ruptura Prematura de las Membranas (rpm)

Es la ruptura de las membranas corioamnióticas antes del inicio del trabajo de parto, a partir de las 22 semanas de edad gestacional.

Tiempo de Latencia: es el tiempo transcurrido desde la ruptura de membranas y el inicio del trabajo de parto.

Tiempo de Intervalo: tiempo transcurrido desde la ruptura de membranas y el parto.

Ruptura Prolongada: tiempo de latencia superior a 24 horas.

Ruptura precoz de membranas: Ruptura espontánea de las membranas con inicio de actividad uterina en la siguiente hora. (MSP, 2015)

Shock Séptico

El concepto de infección abarca a todo proceso patológico causado por la invasión de tejidos, líquidos o cavidades normalmente estériles por microorganismos patógenos o potencialmente patógenos. Entre 0,4 y 0,9% de las gestantes requieren ingreso en unidades de cuidados intensivos por infecciones graves vinculadas con el embarazo y el puerperio. En países desarrollados, la mortalidad materna por sepsis posee una prevalencia de 6,4 casos por cada millón de nacimientos. Es causado por las toxinas producidas por ciertas bacterias y también por las citoquinas, que son sustancias fabricadas por el sistema inmunitario para combatir la infección. El diámetro de los vasos sanguíneos aumenta (se dilatan), haciendo que la presión arterial baje a pesar del aumento tanto del ritmo cardíaco como del volumen de sangre bombeada. Los vasos sanguíneos también pueden tener pérdidas de líquido, el cual escapa del flujo para entrar en los tejidos y provocar su hinchazón. Los síntomas del shock son similares tanto si la

causa es un bajo volumen sanguíneo (shock hipovolémico) como un bombeo inadecuado del corazón (shock cardiogénico). Al principio pueden aparecer cansancio, somnolencia y confusión. La piel se vuelve fría, sudorosa y, a menudo, azulada y pálida. Si se presiona la piel, el color normal vuelve mucho más lentamente de lo habitual. Al final, la persona no puede incorporarse puesto que puede perder el conocimiento o puede incluso morir. (HERNÁNDEZ, 2013)

Restricción del Crecimiento Intrauterino

El peso al nacimiento que se ubica por debajo del percentil 10 es la definición más ampliamente utilizada para describir esta patología. No todos los recién nacidos con pesos menores que el percentil 10 tienen una restricción de crecimiento patológico; algunos son pequeños simplemente por factores constitucional. Entre las manifestaciones clínicas como la bacteriuria asintomática está asociada con retardo de crecimiento intrauterino. Se estima en 4-8% en países desarrollados y del 6 hasta 30% en países en desarrollo. Entre las causas maternas tenemos por enfermedad renal esto ocurre cuando los riñones no son capaces de filtrar las toxinas y otras sustancias de desecho de la sangre adecuadamente. (HERNÁNDEZ, 2013)

Productos de Bajo Peso al Nacer

El bajo peso al nacer es un término que se utiliza para describir a los bebés que nacen con un peso menor a los 2.500 gramos (5 libras, 8 onzas) y se clasifica como de muy bajo peso al nacer si no alcanza los 1500 gramos al nacimiento. El recién nacido promedio, por el contrario, pesa alrededor de 3,2 kg (7 libras). El bajo peso de nacimiento puede atribuirse a un periodo reducido de gestación, lo cual constituye la

prematurez, o a un retardo en la tasa de crecimiento intrauterino, lo cual da origen a un lactante pequeño para la edad gestacional. (HERNÁNDEZ, 2013)

Diagnostico

El diagnóstico de pielonefritis se establece con la presencia de bacteriuria más datos clínicos de infección. El diagnóstico inicial se realiza mediante el urocultivo con >100.000 unidades formadoras de colonias en orina. En el sedimento encontraremos leucocituria y pueden aparecer también cilindros leucocitarios, proteinuria, hematíes y >20 bacterias por campo o 1-2 bacterias por campo en una muestra cateterizada; así como el hallazgo clínico de por lo menos 1 de los siguientes signos o síntomas: fiebre (temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$), dolor en región lumbar o hipersensibilidad en el ángulo costovertebral. Se debe realizar diagnóstico diferencial con trabajo de parto, corioamnionitis, desprendimiento prematuro de placenta, rotura de quiste de ovario y, principalmente, con la apendicitis. (León, 2010)

Tratamiento

Una vez que se establece el diagnóstico de ITU es necesario tratarla, esto a pesar de no contar con la confirmación del agente etiológico por medio del cultivo, por lo que el tratamiento inicial antibiótico es empírico. Resulta crucial conocer el patrón de sensibilidad de los agentes etiológicos y considerar el aumento en la resistencia bacteriana a los antibióticos considerados seguros durante el embarazo.

La gran mayoría de antibióticos son capaces de cruzar la placenta y por lo tanto se debe de evitar los agentes que pueden ser perjudiciales para el desarrollo fetal. Los antibióticos que se han asociado efectos teratogénicos son las quinolonas, trimetoprim-sulfametoxazol, clorafenicol y tetraciclina. Los antibióticos que comúnmente son utilizados para tratar la ITU durante el embarazo son los betalactámicos, como las penicilinas y cefalosporinas. Estos medicamentos no se han asociados a un incremento de defectos al nacer, pero si se han relacionado a reacciones anafilácticas, y a una mayor resistencia bacteriana que limitan el uso de ciertos agentes, como la amoxicilina y la ampicilina. (J.C., 2013)

La nitrofurantoína se ha demostrado como segura en el embarazo, sin embargo sólo logra niveles terapéuticos en la orina, por lo que no es útil para tratar la pielonefritis aguda. La pielonefritis aguda es una de las más comunes indicaciones para hospitalización preparto, sin embargo hay evidencia de estudios que respaldan el tratamiento ambulatorio en algunas embarazadas. En término generales deben ser mujeres que se encuentren por debajo de las 24 semanas de edad gestacional, conocidas sanas, que se encuentren hemodinámicamente estables, sin síntomas o signos de insuficiencia respiratoria o de sepsis, y sin evidencia de parto pretérmino. Más allá de las 24 semanas el tratamiento ambulatorio parece tener poca aplicabilidad y, por lo tanto, no se recomienda. (J.C., 2013)

Las pacientes que cumplen estos criterios y son manejadas ambulatoriamente deben completar un período de observación inicial, donde se realiza hidratación intravenosa, administración de antibióticos intravenosos o intramusculares y estudios de laboratorio.

Usualmente se recomienda administrar dos dosis de 1g de Ceftriaxona intramuscular con 24h de intervalo. Si los estudios son normales y la paciente puede tolerar la vía oral, se egresa con seguimiento por parte del médico gineco-obstetra o se le indica retornar en 24h para la dosis adicional de antibiótico intramuscular. Si a las 24 horas la paciente se encuentra bien y mejorando, se puede indicar antibióticos orales por 10 días. Posterior a completar el esquema antibiótico, se debe de realizar un urocultivo con el objetivo de demostrar la resolución de la bacteriuria.

Si la paciente debe ser hospitalizada se maneja con sueros intravenosos, para asegurar un gasto urinario adecuado, antipiréticos y se le administra antibióticos parenterales. Como primera línea de tratamiento se recomienda utilizar cefalosporinas de primera generación, y se continúa hasta que la paciente se encuentre afebril durante 48 horas. Posterior a esto se continúa con tratamiento antibacteriano vía oral durante 2 semanas. Una vez completado el antibiótico se debe de solicitar un nuevo cultivo de orina con el objetivo de verificar la resolución de la bacteriuria. Si en 72h no hay respuesta clínica de mejoría se deberá ampliar estudios y valorar readecuación del tratamiento antibiótico. Existen diversos regímenes de antibióticos recomendados para tratar la pielonefritis durante el embarazo, pero existen datos limitados de cual régimen es superior a otro en términos de eficacia, aceptación de la paciente y de seguridad en el desarrollo fetal. Es importante considerar los patrones de resistencia antimicrobiana en la comunidad cuando se escoja a un agente. Entre los regímenes propuestos están:

- Ampicilina 2g IV c/6h + Gentamicina 1,5-1,7mg/Kg IV c/6h
- Gentamicina 1,5-1,7mg/Kg IV c/8h
- Ampicilina/sulbactam 3g IV c/6h

- Ceftriaxone 1g IV/IM c/24h
- Cefuroxime 0,75-1,5g IV c/8h
- Cefazolina 2g IV c/6-8h

Como la terapia única con ampicilina muestra alta incidencia de resistencia bacteriana, es usualmente utilizada en conjunto con gentamicina. Para prevenir exacerbación de la insuficiencia renal que comúnmente acompaña a la pielonefritis, se recomienda monitorizar los niveles de medicamento en suero cuando se utilicen aminoglucósidos, como la gentamicina. (Jolley, 2010)

La incidencia de recurrencia de pielonefritis decrece en pacientes que son tratadas con supresión antibacteriana durante el embarazo, por esta razón, posterior a tratar la pielonefritis las pacientes deben recibir profilaxis con Nitrofurantoína 100mg o Cefalexina 250-500mg oral cada noche durante todo el embarazo y por 4-6 semanas postparto. (Jolley, 2010)

1.1 Justificación

Las infecciones de vías urinarias comprenden una gran variedad de cuadros clínicos, cuyo denominador común es la proliferación de microorganismos, habitualmente bacterias en el aparato urinario, los cuales pueden cursar sintomáticas en algunos casos y pueden conducir al deterioro de la función renal y ser la puerta de entrada de bacteriemias y sepsis con elevada morbimortalidad, a su vez las graves consecuencias sobre la madre y el feto, en cambio en otros pacientes se pueden presentar síntomas como disuria, fiebre, dolor lumbar, tenesmo vesical, polaquiuria, molestia suprapúbica y urgencia.

Por tal motivo la realización de este estudio tiene como finalidad determinar las complicaciones de la pielonefritis en el tercer trimestre de gestación, cuyo propósito de investigación es que adopten estilos de vida saludable, para esto se realizará estrategias de intervención que permitirán modificar, actualizar y concientizar a la adolescente sobre los signos y síntomas, factores de riesgo, complicaciones y prevención de dicha patología.

Por lo que también el personal de salud debe conocer que el brindar una correcta atención y realizar un seguimiento adecuado de la gestante desde el inicio del embarazo hasta el final del mismo; implica realizar una acertada prevención, diagnóstico y tratamiento de infección de vías urinarias para reducir la morbimortalidad materno-fetal.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar las complicaciones de la pielonefritis en el tercer trimestre de gestación.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar los factores de riesgo predisponente a pielonefritis durante el embarazo.
- Establecer el correcto manejo de pielonefritis en el embarazo.

1.3 Datos Generales

Nombres: A.C.E.A

Edad: 17 años

Sexo: Femenino

Etnia: Mestiza

Procedencia: Julio Moreno

Residencia: Zona Rural/Julio Moreno/ Guaranda/ Bolívar

Estado Civil: Unión Libre

Religión: Católica

Fecha de Nacimiento: 24-07-2001

Nivel de Instrucción: Primaria

Nivel Socioeconómico: Bajo

Ocupación: Ama de Casa

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1 Análisis del Motivo de Consulta y Antecedentes

Paciente gestante de 17 años acude al servicio de emergencia por presentar desde hace 3 días cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal tipo contracción de gran intensidad con irradiación hacia región lumbar, el mismo que se acompaña de alza térmica no cuantificada, cefalea intensa, náuseas que llegan al vomito de contenido alimenticio.

Antecedentes de la Paciente

Antecedentes patológicos personales: no refiere

Antecedentes patológicos familiares: no refiere

Antecedentes quirúrgicos: no refiere

Alergias: no refiere

Antecedentes gineco-obstétricos:

Hijos: 0

Menarquia: 13 años

Inicio de Vida Sexual: 16 años

Parejas Sexuales: 1

Anticoncepción: ninguna

ETS: No

FUM: 14/08/2017

2.2 Principales datos clínicos que refiere la paciente sobre la enfermedad actual

(anamnesis)

Paciente gestante de 17 años de edad autoreferida, primigesta sin antecedentes patológicos con embarazo de 30 semanas por fecha de última menstruación 14/08/2017; acude al servicio de emergencia refiriendo alza térmica, cefalea intensa, dolor abdominal tipo contracción a nivel de hipogastrio con irradiación hacia región lumbar con 3 días de evolución.

Signos Vitales

Tensión Arterial: 90/60 mm/hg

Frecuencia Cardíaca: 100 latidosxmin

Frecuencia Respiratoria: 20xmin

Temperatura: 38.4°C

Saturación de Oxígeno: 94%

Estado de Conciencia: alerta

Proteinuria: positiva (+)

SCORE MAMA: 2

2.3 Examen Físico (exploración clínica)

Paciente consciente, orientada, febril

Cabeza: normocefalica, mucosas orales húmedas

Cuello: móvil, no adenopatías

Tórax: simétrico expansible, ruidos cardíacos rítmicos

Mamas simétricas, no secretantes

Abdomen: ocupado por útero gestante

Altura uterina 27cm

Feto único vivo

Dorso izquierdo

Frecuencia cardiaca fetal 149 latidos por minuto

Posición cefálica

Movimientos fetales presentes

Actividad uterina 2 contracciones en 10 minutos de 30 segundos de duración

Puntos ureterales medios y superiores positivos

Puño percusión bilateral positiva

Pelvis: genitales externos de nulípara, secreción blanquecina no fétida en poca cantidad

Tacto vaginal: cérvix cerrado sin modificaciones

Extremidades inferiores: simétricas, no edema

2.4 Información de Exámenes Complementarios Realizados

Exámenes de Laboratorio

BIOMETRIA	
HEMATOCRITO	44.0
HEMOGLOBINA	14.3
PLAQUETAS	390.000
LEUCOCITOS	14.600
SEGMENTADOS	86%
EOSINOFILOS	3%
LINFOCITOS	20%
VCM	93
HCM	31,2
CHCM	33,5

UROANALISIS	
ELEMENTAL	
DENSIDAD	1010
pH	6
PROTEINA	+
NITRITO	+
MICROSCOPICO	
ASPECTOS	turbio
PIOCITOS/C	incontables
ERITROCITOS/C	3-5
CELULAS	epi algunas

SEROLOGIA	
VIH	No Reactivo
VDRL	No Reactivo

Reporte Ecográfico

Feto único, vivo, cefálico, longitudinal, dorso izquierdo, movimientos fetales espontáneos.

DBP: 8,35 cm; Peso: 2171gramos; Corazón con 4 cavidades, FCF: 140 latidos por minuto

Líquido amniótico de adecuada cantidad

Dx: Embarazo único de 30,3 semanas por Eco

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

Embarazo 30 Semanas de Gestación + IVU + Pielonefritis + Amenaza de Parto

Pretérmino

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Amenaza de parto pretérmino
- Pielonefritis
- Apendicitis aguda

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

Embarazo 30 Semanas de Gestación + IVU + Pielonefritis + Amenaza de Parto

Pretérmino

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

Origen del problema: analizando el cuadro clínico con el que llegó la paciente al servicio e indagando, se pudo constatar que una infección de vías urinarias mal tratada antes del embarazo puede causar pielonefritis.

Procedimientos a realizar:

Indicaciones

- ✓ Ingreso a ginecología
- ✓ Dieta blanda + líquidos
- ✓ Score mama C/4horas
- ✓ Reposo absoluto
- ✓ Curva térmica
- ✓ Control obstétrico
- ✓ Monitoreo fetal electrónico
- ✓ Exámenes de laboratorio
- ✓ Ecografía obstétrica
- ✓ Medicación

Tratamiento

- ✓ Cloruro de Sodio 0,9% 1000ml pasar intravenoso a 28 gotas/min
- ✓ Ceftriaxona 1gr IV C/12h x 7 días
- ✓ Gentamicina 80mg IV C/8h
- ✓ Paracetamol 1gr IV STAT
- ✓ Nifedipino 20mg VO C/20min por 3 dosis y luego 10mg C/6h

- ✓ Betametasona 12mg STAT – segunda dosis en 24horas
- ✓ Ketorolaco 30mg IV C/8h
- ✓ Metronidazol óvulos HS por 7 días

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

Control y Valoración de Score mama: valorar desde el ingreso hospitalario hasta el mejoramiento del puntaje de score mama.

Valorar Bienestar Fetal: control obstétrico y monitoreo fetal electrónico para constatar normalidad en el latido cardiaco fetal e identificar oportunamente sufrimiento fetal.

Maduración Pulmonar Fetal: se utiliza Betametasona 12mg IM C/12h por un total de 2 dosis en 2 días, como profilaxis preventiva ante un posible parto pretermino de emergencia, bien sea vaginal o cesárea.

2.8 Seguimiento

Paciente de 17 años, primigesta, que ingresa al servicio de ginecología con diagnóstico de pielonefritis el día 18/01/2018 se procede a monitorizar a la paciente y al producto; y a aplicar tratamiento antibiótico y profiláctico.

Se realiza uroanálisis de control el día 21/01/2018, reportando; orina de aspecto turbio, pH 6, piocitos: 10-18, eritrocitos: 2-3, células epiteliales: algunas. Se logra inhibir la dinámica uterina gracias al tratamiento de tocólisis con nifedipino.

El día 25/01/2018 se solicita nuevamente uroanálisis de control, que reporta; orina de aspecto transparente, piocitos: 1-3, eritrocitos: 0-2, células epiteliales escasas. Se decide junto a médico ginecólogo de turno alta hospitalaria a la paciente con, Embarazo de 31 semanas de gestación por fecha de última menstruación, asintomática e hemodinámicamente estable.

Durante 7 días de estadía hospitalaria la paciente responde favorablemente a su tratamiento con antibióticos de amplio espectro, para eliminar la carga microbiana.

Se brinda consejería en nutrición, a reconocer las señales de peligro y seguimiento del control prenatal por consulta externa.

2.9 Observaciones

Paciente con insuficiente control prenatal.

Al momento del ingreso se comunica a usuaria y familiares sobre su estado de salud y el tratamiento a seguir, al haber buena predisposición y colaboración de los mismos, se ingresa a la paciente, logrando mejorar su cuadro clínico. Por lo que recibe alta médica y consejería para evitar infecciones recurrentes y sus complicaciones.

CONCLUSIONES

- Ser primigesta, adolescente y con antecedentes de infección de vías urinarias mal tratada antes del embarazo es uno de los principales factores de riesgo para presentar pielonefritis durante la gestación.
- La complicación más frecuente de la pielonefritis durante el embarazo es la amenaza de parto pretérmino, por lo que se debe llevar un correcto control prenatal desde el primer nivel de atención.
- Una implementación inmediata y adecuada de una terapia antibiótica es esencial para evitar complicaciones maternas y fetales.
- El manejo favorable para una embarazada con pielonefritis debe ser intrahospitalariamente para llevar un mejor control y monitoreo del tratamiento instaurado.

RECOMENDACIONES

- ✓ Realizar una correcta valoración clínica de la paciente con posible diagnóstico de pielonefritis en el embarazo.

- ✓ Elaborar campañas educativas en cuanto a los problemas y complicaciones que causa una pielonefritis en el embarazo especialmente en el segundo y tercer trimestre.

- ✓ Informar a las gestantes sobre los factores de riesgo que predisponen a una pielonefritis y de sus posibles complicaciones.

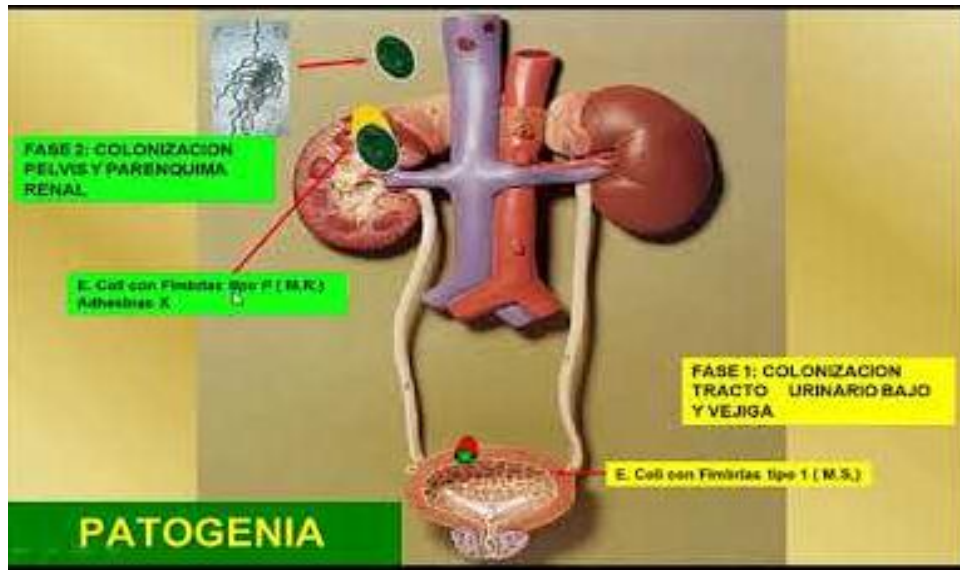
- ✓ Realizar un correcto seguimiento médico y clínico a todas las pacientes con antecedentes de pielonefritis para evitar infecciones recurrentes en nuevos embarazos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

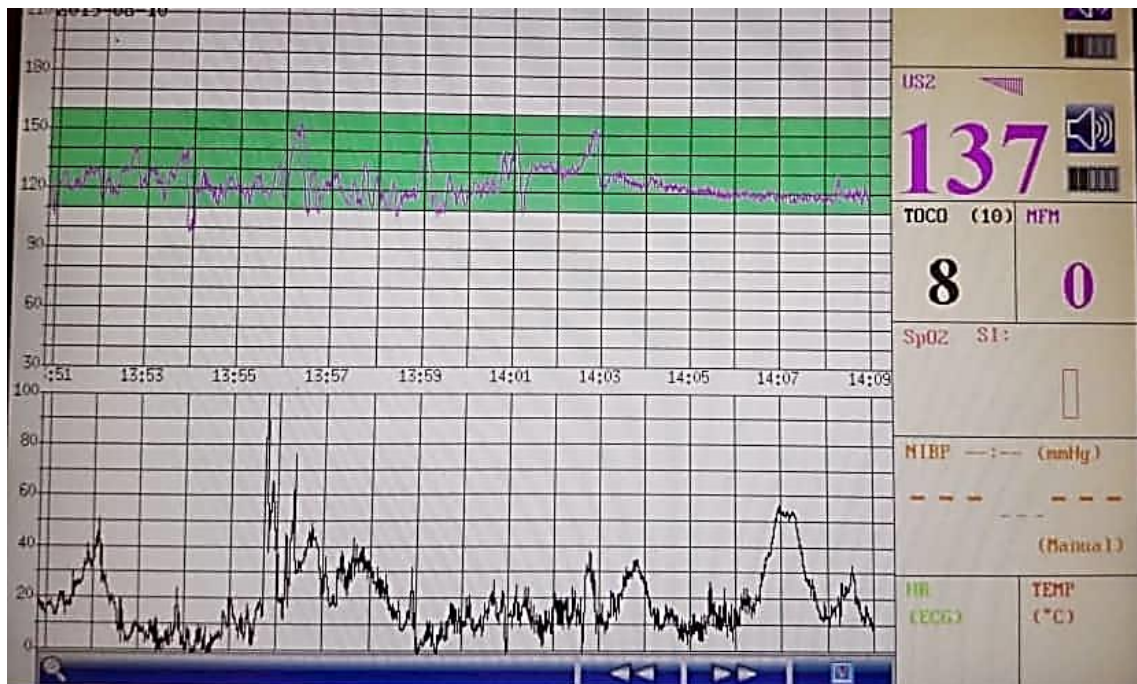
- GUILINDRO, K. K. (2015). Obtenido de “DETERMINACIÓN DEL AGENTE ETIOLÓGICO EN LAS INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS CAUSANTES DE AMENAZA DE PARTO PRE TERMINO:
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1838/1/TESIS%20Katty.pdf>
- HERNÁNDEZ, Y. E. (2013). Obtenido de COMPLICACIONES DE INFECCIONES DE VIAS URINARIAS DURANTE EL EMBARAZO :
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1817/1/Complicaciones%20de%20infeccion%20de%20vias%20urinarias%20%20durante%20el%20embarazo%20Yuliana%20villa.pdf>
- J.C., V. (2013). *PIELONEFRITIS EN EL EMBARAZO*. Obtenido de [pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc145g.pdf](https://revmedcoscen/rmc-2014/rmc145g.pdf)
- Jolley, J. &. (2010). Obtenido de Pielonefritis Aguda en el embarazo:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc145g.pdf>
- JOSÉ PACHECO, L. T. (2015). prevalencia de la bacteriuria asintomática en gestantes. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*.
- LALALEO, E. G. (2014). Obtenido de INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS EN EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DOCENTE AMBATO DURANTE EL PERIODO JUNIO - DICIEMBRE DEL 2014:
<http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/1023/1/TUAMED072-2015.pdf>
- LAROCHELLE, A. (2015). Obtenido de Pielonefritis aguda :
<https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/otrosdeinteres/seimc-dc2013-LibroInfecciondeltractoUrinario.pdf>
- León, J. P. (2010). Obtenido de PIELONEFRITIS EN EL EMBARAZO: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc145g.pdf>

- Marcos, J. M. (2015). *INFECCIÓN URINARIA EN LA MUJER EMBARAZADA*.
Obtenido de
<https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/otrosdeinteres/seimc-dc2013-LibroInfecciondeltractoUrinario.pdf>
- MSP. (2015). Obtenido de Ruptura prematura de membranas pretérmino:
<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GPC-RPMP-FINAL-08-10-15.pdf>
- Parraga, A. G. (2016). Obtenido de COMPLICACIONES DE LA PIELONEFRITIS EN EL EMBARAZO Y SU RESULTANTE MATERNA:
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/38159/1/CD%20116-%20TENORIO%20PARRAGA%20ANA%20GEOVANNY.pdf>
- Romero, A. (2015). *Infección urinaria en el embarazo, un riesgo para el feto*. Obtenido de <https://cuidateplus.marca.com/familia/bebe/2015/11/19/infeccion-urinaria-embarazo-riesgo-bebe-97272.html>

ANEXOS



Pie de foto: Patogenia de la pielonefritis



Pie de foto: Monitoreo fetal electrónico de la paciente al momento del ingreso



Pie de foto: Manejo hospitalario de pielonefritis en el embarazo