

DEFINICION

Invasión y colonización de las vías urinarias por agentes infecciosos que pueden comprometer al riñón.

ETIOLOGIA

En la gran mayoría de los casos, la colonización se produce vía ascendente por gérmenes de la flora entérica. En el período neonatal, la vía de infección más frecuente es la hematógica.

Son factores favorecedores, las alteraciones anatómicas o funcionales que originan un vaciado incompleto de la vejiga.

- retención vésico ureteral
- obstrucción de las vías urinarias
- urolitiasis
- cortedad de la uretra
- vejiga neurógena
- inmunodeficiencias

Gérmenes habituales:

- Escherichia Coli —
- Proteus.
- Otros: Enterococo, Estafilococo Albus.

CLINICA

Variable según las edades.

—RECIEN NACIDOS:

Signos de sepsis, mal progreso ponderal, ictericia, deficiente regulación térmica, acidosis metabólica, etc.

—NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS:

Síntomas inespecíficos: fiebre, vómitos, enfermedad diarreica aguda, retraso del crecimiento, palidez, eritema del pañal persistente, etc.

—PREESCOLARES:

Aparecen los síntomas de localización; fiebre, disuria, polaquiuria, enuresis secundaria, hematuria, orinas con mal olor, dolor abdominal y lumbar, etc.

PARACLINICA

- Examen de orina con sedimento.
- Urocultivo. — Diagnóstico positivo más de 10^5 colonias por milímetro (excepto en tomas hechas por cateterismo o punción vesical en que un número inferior de colonias son índice de infección).
- Para niños internados:
 - Hemocultivo (en recién nacidos o si se sospecha sepsis).
 - Valoración renal.
 - Valoración general.

- Estudios imagenológicos.
- Ecografía renal, se realiza en etapa aguda ante el primer episodio en ambos sexos.
- Cistouretrografía miccional, 2 a 3 semanas post-tratamiento en la primer infección.
- Pielografía intravenosa, se hará solamente si alteraciones en la eco o cistografía la justifiquen.

TRATAMIENTO

—Medidas generales:

- Reposo de acuerdo al estado general.
- Líquidos abundantes por boca.
- Promover una dieta que evite el estreñimiento.

—Tratamiento específico de la infección.

- SE HARA DURANTE 10 DIAS. Se debe proveer al paciente de la cantidad suficiente de antibiótico para completar el tratamiento.
- Lo ideal es hacerlo de acuerdo al antibiograma utilizando el antibiótico menos tóxico que requiera el menor número de tomas diarias.

—Cuándo iniciar el tratamiento.

- Sospecha de infección urinaria (orina patológica, sin repercusión general con o sin síndrome urinario bajo). Esperar el resultado de la bacteriuria.
- Síndrome pielonefrítico. — Previo toma de muestra para bacteriuria.
- Paciente con malformación urinaria y/o reflujo. Previo toma de muestra para bacteriuria.

ANTIBIOTICOS.

Variable según edad.

Menos de 1 mes:

- Ampicilina 100 mg/Kg/día intravenoso en 4 dosis.
- Gentamicina 5 mg/Kg/día intravenoso en 2 dosis (controlar nefrotoxicidad).

1 a 6 meses:

- Ampicilina 100 mg/Kg/día por boca en 4 dosis ó
- Amoxicilina 50 mg/Kg/día por boca en 3 dosis.

Mayor de 6 meses:

- Trimetropin — Sufametoxazol 8 mg/Kg/día y 40 mg/Kg/día respectivamente en dos dosis.
- Nitrofurantoína 5 mg/Kg/día en dos dosis.

Se deben adecuar antibióticos según antibiograma.

En pacientes internados con cuadro séptico puede justificarse el uso de una cefalosporina de 3ª generación.

SEGUIMIENTO.

UROCULTIVO DE CONTROL.

- A la semana post tratamiento.
- Al mes post tratamiento.
- Uno cada 2 meses por 6 meses.
- Uno cada 6 meses por 2 años.
- Velocidad de eritro sedimentación (VES).
- Hemograma, si estuvieren alterados los primeros.

