

3. CLASIFICACIÓN

La bacteriuria asintomática o sintomática puede existir desde la infancia o juventud de la gestante.

— *Bacteriuria asintomática:*

- La prevalencia en gestantes es del 2 al 11%.
- El microorganismo causal más frecuente es *Escherichia coli*.
- Un 20-40% de los casos no tratados evolucionarán durante el embarazo hacia pielonefritis aguda.
- El tratamiento de la bacteriuria disminuye en el 80-90% de los casos la incidencia de infección urinaria sintomática y disminuye el riesgo asociado de parto prematuro y de recién nacido de bajo peso.
- El final del primer trimestre, entre las semanas 12 y 16 de gestación, se considera el momento mejor para iniciar el estudio, realizándose un cribaje mediante urocultivo cada trimestre (Protocolo asistencial en medicina materno-fetal n.º 18 de la SEGO).
- Si un urocultivo es positivo, debe instaurarse tratamiento antibiótico con control posterior a los 7-14 días de finalizado el tratamiento y seguimiento con urocultivo mensual hasta el final del embarazo.
- Si el tratamiento inicial fracasa, se requiere una pauta de 14 días, siguiendo la misma pauta de controles posteriores antes expuesta.
- Si reaparece la bacteriuria, debe tratarse cada episodio o instaurarse una

pauta profiláctica (cefalexina 250 mg/día).

— *Bacteriuria sintomática:*

- Cistitis:
 - Existen signos y síntomas clínicos evidentes de ITU de vías urinarias bajas.
 - La antibioterapia debe adecuarse a los resultados del antibiograma.
 - Se solicitará un urocultivo de control a los 7-14 días de finalizado el tratamiento, aconsejándose urocultivos mensuales durante el resto del embarazo.
- Pielonefritis
 - Generalmente requiere ingreso y tratamiento endovenoso.
 - Se realizará un urocultivo de control a los 7-14 días de finalizado el tratamiento y urocultivos mensuales durante el resto del embarazo.
 - Realizaremos un examen urológico completo en el puerperio.

CLÍNICA

La embarazada tiene una serie de peculiaridades que hay que tener en cuenta ante la sospecha de ITU:

- La sintomatología suele ser menos llamativa.
- Son frecuentes las molestias lumbares, hipogástricas y en fosas ilíacas, no siempre debidas a la ITU.
- Como sabemos, existe un aumento fisiológico de la frecuencia miccional en la mujer embarazada por compresión e hiperemia vesical.

BACTERIURIA ASINTOMÁTICA

La prevalencia de bacteriuria asintomática en la embarazada es del 2 al 11%, siendo superior en pacientes multíparas, mujeres con nivel socioeconómico bajo, ITU previa, anomalías anatómicas o funcionales del tracto urinario y/o edad avanzada.

La bacteriuria asintomática se relaciona con el doble de riesgo de parto prematuro, rotura prematura de membranas y con un aumento del 50% del riesgo de recién nacido de bajo peso. Sin tratamiento antibiótico adecuado evoluciona a pielonefritis en el 33% de los casos. Si se logra su erradicación, se reduce en el 80-90% la incidencia de ITU sintomática, disminuyendo el riesgo de parto prematuro y de recién nacido de bajo peso.

CISTITIS AGUDA

Puede aparecer el llamado síndrome miccional caracterizado por un cortejo de síntomas que incluye: polaquiuria, disuria, tenesmo, disminución del volumen de orina, enuresis, etc., y a veces orinas turbias.

Para una paciente en particular es posible cualquier asociación de los síntomas anteriores, aunque muchas veces la bacteriuria significativa es asintomática o con signos inespecíficos mínimos (encubierta). Por lo general, no se acompaña de fiebre.

Aunque la polaquiuria en el embarazo puede producirse por la compresión de la vejiga urinaria por el aumento de volumen uterino, deben realizarse los controles periódicos de orina y descartarse la ITU cuando se considere oportuno.

PIELONEFRITIS AGUDA

Suele ser un proceso que aparece entre las 20ª y 28ª semana de gestación.

Su inicio es agudo con escalofríos, dolor lumbarrenal y fiebre superior a 38°, a veces se presentan náuseas y vómitos.

El dolor lumbarrenal suele irradiarse al hipogastrio por el trayecto ureteral, posteriormente se inicia un cuadro miccional de polaquiuria con disuria. La puño-percusión positiva en región renal y la respuesta dolorosa a la presión de las fosas ilíacas y de forma especial por tacto vaginal en los fondos de saco vaginales, dan una orientación clínica del proceso.

Es muy importante realizar diagnóstico diferencial con apendicitis, colecistitis y amenaza de parto pretérmino.

Como complicaciones más importantes de la ITU, debemos considerar la septicemia y el riesgo de parto pretérmino. La muerte fetal intrauterina es más infrecuente. También es importante informar a la gestante de la necesidad de controles periódicos (cada 4 semanas aproximadamente) hasta el final de la gestación y el estudio urológico en el puerperio con el fin de descartar litiasis retroureteral, ureteroceles, divertículos uretrales y el reflujo vesicoureteral.

Es obligado igualmente el control bacteriológico de la orina hasta que tengamos como mínimo dos info mes negativos seguidos.

DIAGNÓSTICO

Es importante la correcta interpretación del análisis de la muestra de orina (bioquímica-sedimento-gérmenes), pero la validez del sedimento y del cultivo depende de la correcta recogida de la muestra, ya que la contaminación con células procedentes del tramo final de la uretra o de la piel pueden alterar e invalidar el análisis.