

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.

Las instrucciones que deben darse a la gestante para recoger la orina de forma adecuada son:

- Abrir el recipiente estéril que se le ha facilitado sin tocar la parte interna con las manos.
- Lavar la zona vulvar con agua jabonosa, aclarando los restos de jabón con abundante agua.
- Iniciar la micción desechando el primer chorro de orina.
- Recoger la orina restante directamente en el recipiente estéril, teniendo cuidado de que no entre en contacto con la piel.
- Tapar el recipiente sin tocar la parte interna del tapón.

El análisis de orina nos debe informar de la existencia de posible leucocituria, existencia de gérmenes y, si es así, cuantificación y cualificación de los mismos (urocultivo).

Para detectar la bacteriuria asintomática debe realizarse un urocultivo, no siendo aceptables los métodos basados en el examen microscópico.

TRATAMIENTO

Antes de tratar la bacteriuria asintomática y sintomática hay que considerar los cambios

que van a afectar a la cinética farmacológica. El aumento de la filtración glomerular, el incremento del volumen vascular, la disminución de la concentración plasmática de proteínas, el incremento del metabolismo hepático con mayor biotransformación y el descenso en la absorción de fármacos orales por disminución del tiempo de vaciado gástrico y del tiempo de tránsito gastrointestinal, pueden determinar una disminución de las concentraciones tisulares y séricas de los medicamentos.

Por otra parte, se ha de tener en cuenta el mes del embarazo. Sin embargo, si la infección es de suficiente gravedad, hay que tratarla sea cual sea el momento del embarazo. La eliminación fetal del fármaco se realiza por vía placentaria (cuando disminuye la concentración sérica materna) y por vía renal (eliminiándose el líquido amniótico). Los grupos antibióticos que atraviesan la barrera hemotoplacentaria se recogen en la tabla 1.

Según la FDA, no existe ningún antibiótico del que haya suficientes estudios en mujer embarazadas para asegurar que no hay riesgo (tabla 2). Se deben evitar ciertos agentes antimicrobianos durante la gestación por sus efectos adversos conocidos sobre el feto (tabla 3) o la madre (tabla 4). Durante los tres primeros meses todos los medicamentos deben considerarse potencialmente

Tabla 1. CLASIFICACIÓN DE LOS ANTIBIÓTICOS SEGÚN SU CAPACIDAD PARA ATRAVESAR LA BARRERA PLACENTARIA

ATRAVIESAN FÁCILMENTE	NO ATRAVIESAN FACILMENTE
Aminoglucósidos	Clindamicina
Cefalosporinas	Fosfomicina trometamol
Cloranfenicol	Macrólidos
Penicilinas	Nitrofurantoínas
Sulfamidas	
Tetraciclinas	