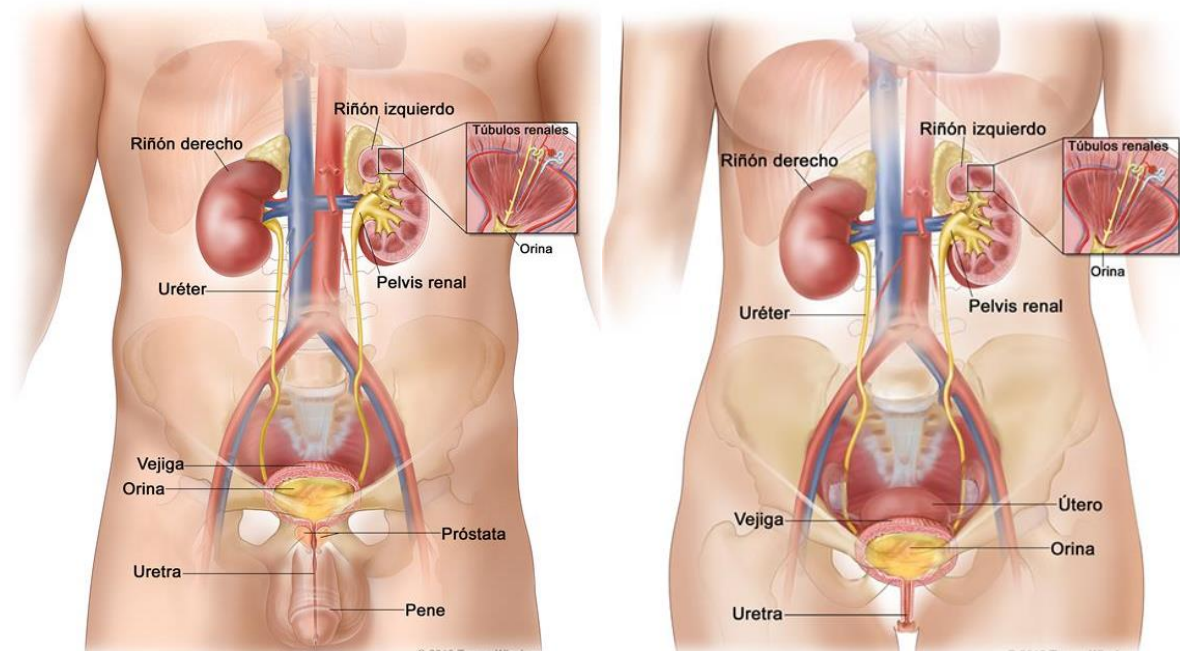


UNIDAD IV



Participación de enfermería en la Atención de pacientes con patología del sistema Genito-Urinario

ENFERMERÍA MEDICO QUIRÚRGICA II

LIC. JAVIER CESPEDES MATA, ME.

jacema.jimdo.com

Contenido

PIELONEFRITIS AGUDA.....	2
Fisiopatología	2
Tipos.....	3
Epidemiología	3
Signos Y Síntomas	4
Estudios.....	4
Tratamiento medico	4
Intervenciones de enfermería	5
Bibliografía	6
Glomerulonefritis	6
Tipos.....	7
Manifestaciones Clínicas	7
Métodos de diagnostico	7
Tratamiento	8
Complicaciones	8
Bibliografía.....	8
Síndrome nefrótico	9
Infecciones de vías urinarias	14
Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) O Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).....	17
Clasificación	18
Manifestaciones clínicas	18
Método de diagnostico.....	19
Tratamiento	20
Complicaciones	20
Intervenciones de enfermería	20
Herpes genital	22
Vaginosis bacteriana	24
Hepatitis B.....	27

PIELONEFRITIS AGUDA

La pielonefritis es una infección bacteriana de la pelvis renal, túbulos y tejido intersticial de uno o ambos riñones través del flujo sanguíneo. Las bacterias patogénicas, provenientes de infecciones en la vejiga, pueden ascender a los riñones generando pielonefritis.

Son factores predisponentes para el desarrollo de pielonefritis aguda:

- Litiasis
- Reflujo vesicoureteral
- Los tumores uroteliales
- Anomalías anatómicas (riñón en herradura, riñón en esponja, enf. poliquística del adulto...).
- Los quistes renales (Saavedra, 2013)

Bacterias causantes Más usuales:

- ✓ E.Coli
- ✓ Klebsiella
- ✓ Proteus
- ✓ Enterobacter
- ✓ Otros :
- ✓ Seudomonas
- ✓ Serratia
- ✓ Citrobacter
- ✓ Gram positiva
- ✓ Streptococcus faecalis
- ✓ S. aureus

Fisiopatología

Las vías posibles mediante las cuales los microorganismos pueden alcanzar el riñón son, en teoría, tres:

1. A partir de la sangre.
2. Por vía ascendente desde la vejiga, a través de la luz del uréter.
3. Por vía linfática, desde el intestino hasta el tracto urinario.

En general la uretra femenina es más corta que la masculina, lo que implica que las mujeres padezcan con más frecuencia infecciones urinarias.

La pared de la vejiga presenta una defensa ante la infección de la mayoría de los microorganismos, por lo que los gérmenes que con más frecuencia infectan son aquellos que presentan una serie de filamentos que permiten su adherencia a la pared de las vías urinarias.

Una vez llegando estos gérmenes a la vejiga la infección y la inflamación de las vías urinarias dependerán de la concentración de microorganismos en la orina, de su capacidad de adherencia, de su virulencia y de las características de la orina. (moderno, 2013)

Tipos

Pielonefritis crónica:

Daño renal que se recibe tras pielonefritis agudas de repetición. La causa más frecuente es el reflujo vesicoureteral.

Las complicaciones de las pielonefritis crónica

Incluyen enfermedad renal **en et terminal** (por la pérdida progresiva de las nefronas, secundaria a inflamación crónica y cicatrización), hipertensión y formación de cálculos renales (por infección crónica con microorganismos desdobladores de urea).

Factores que predisponen a infecciones de las vías urinarias superiores

Factores de las vías urinarias:

- ✚ Obstrucción.
- ✚ Cálculos.
- ✚ Reflujo vesicoureteral.
- ✚ Sondas y manipulación genitourinaria.
- ✚ Anomalías congénitas de la vejiga y de la uretra.
- ✚ Anomalías neurológicas de la vejiga. (Martinez, 2013)

Epidemiología

El microorganismo que infecta con mayor frecuencia es una bacteria que adquieren mayor importancia en los pacientes hospitalizados.

Alrededor de 50% de los pacientes con pielonefritis aguda tienen antecedentes de infecciones urinarias bajas en los meses previos. En ocasiones la infección se puede diseminar a través de la sangre a otros órganos y desencadenar una sepsis generalizada de pronóstico grave.

Signos Y Síntomas

- ✓ Escalofríos
- ✓ Elevación de la temperatura,
- ✓ Dolor la fosa lumbar en la espalda
- ✓ Dolor epigastrio o el abdomen inferior y los genitales
- ✓ Dolor ingle (sospecha obstrucción uretral)
- ✓ Dolor en el ángulo costovertebral o la palpación bimanual
- ✓ Disuria
- ✓ Polaquiuria
- ✓ Tenesmo vesical
- ✓ Hematuria (ESCUADERO, 2012)

Estudios

- Cultivo y hemogramas
- Sedimento
- Proteinuria

Métodos especiales

- Diagnóstico por imagen
- Ego

Tratamiento medico

En casos de pielonefritis no complicada

El tratamiento puede ser por vía oral o intramuscular, o puede ser ambulatorio:

Al menos 24 a 48 h, para después pasar a la vía oral y al tratamiento ambulatorio.

En casos complicados como pacientes diabéticos, embarazadas y quienes presenten factores de riesgo de complicación es preferible el tratamiento intravenoso se recomienda ir al hospital.

El tiempo de administración del antibiótico es de 10 días en mujeres y en procesos no complicados, y de 14 días en varones, así como en la pielonefritis complicada.

Tratamiento empírico: Ceftriaxona, quinolonas o aminoglucósido (gentamicina)

Ingreso hospitalario.

- Tratamiento antibiótico empírico intravenoso
- cefotaxima más aminoglucósido o monoterapia con betalactámico de amplio espectro.

COMPLICACIONES

Abscesos intrarrenales y perinéfricos

Un absceso intrarrenal se puede romper a través de la cápsula, originando un absceso perinéfrico; su diagnóstico se realiza mediante ultrasonido o tomografía; su tratamiento es antibiótico para los abscesos pequeños intrarrenales, drenaje percutáneo para los grandes abscesos y cirugía más esquema antibiótico para los abscesos perinéfricos.

Pielonefritis enfisematosa

Es un cuadro infrecuente, pero de gravedad extrema y alta mortalidad. Su característica distintiva es la formación de gas intrarenquimatoso, que se presenta en pacientes diabéticos y suele ser unilateral

Malacoplaquia

Es un trastorno inflamatorio granulomatoso que ocurre cuando la *Escherichia coli* se vincula con un defecto fagocítico de los macrófagos. Desde el punto de vista etimológico, malacoplaquia significa “placa blanca”, por lo que las lesiones son placas amarillo marrón, que se observan en pacientes con trasplante renal.

Intervenciones de enfermería

- Prevención de infecciones recurrentes en vías urinarias
- El personal de enfermería instruye al paciente sobre la siguiente información básica: **Higiene**
- Tomar una ducha en lugar de un baño de tina
- Limpiar el perineo y el meato urinario del frente hacia atrás después de cada evacuación.
- **Ingesta de líquidos**
- Beber abundantes líquidos diariamente
- Evitar consumir café, té, bebidas carbonatadas, alcohol y otros líquidos que resultan irritantes para las vías urinarias.
- **Hábitos urinarios**
- Orinar cada 2-3 h durante el día y vaciar completamente la vejiga.

- **Tomar los medicamentos exactamente como le fueron prescritos.**
- Se requiere contar con un horario establecido.
- Se debe notificar al médico si se presenta fiebre o si persisten (Janice L.Hinkle, 2014)

Bibliografía

ESCUADERO, R. M. (2012). *Manual de enfermería Amir* . MANUAL AMIR UROLOGÍA.
 Janice L.Hinkle, k. H. (2014). *Enfermería Medico Quirurgico II*. Mexico, D.F: 14 edicion .
 Martinez, M. G. (2013). *Controversias en nefrologia* . México, D. F. : Editorial Alfil, S. A. de C. V.
 moderno, m. (2013). *tipos de pielonefritis aguda* . Ciudad de México, México: Editorial El Manual
 Moderno S.A. de C.V .
 Saavedra, D. .. (2013). *Evaluacion del urologo* . Ciudad de México, México: Editorial El Manual
 Moderno S.A. de C.V .

Bibliografía

Castro, A.A. (2013) Controversias. México D.F. Alfil, S. A. de C. V. 623
 Morales, A.A. (2018) Evaluación del urólogo . Ciudad de México, México. 788
 MOLINA, ÁLVAREZ MANUAL AMIR UROLOGÍA (7.^a edición), Manual de enfermería
 Miguel Ravasi, 1a ed. - Mar del Plata: Universidad FASTA, 2015. 345

HASTA DOBLE BIBLIOGRAFÍA PRESENTARON

GLOMERULONEFRITIS

Definición

La glomerulonefritis es la inflamación de los pequeños filtros de los riñones (glomérulos).

Fisiopatología

- Los glomérulos eliminan el exceso de líquido, los electrolitos y los desechos del torrente sanguíneo, y los hacen pasar a la orina.
- La glomerulonefritis puede aparecer de manera repentina (aguda) o gradual (crónica).

Epidemiología

- En los adultos la presentación más frecuente es como anomalías urinarias persistentes pero en los mayores de 65 años se presenta más a menudo con disfunción renal aguda.

- El síndrome nefrótico se desarrolla en un trece por ciento de los casos pero con más frecuencia en mayores de 65 años.
- Las patologías observadas con más frecuencia son nefropatía por IgA y lupus eritematoso sistémico en los adultos y vasculitis y nefropatía membranosa en los mayores de 65 años.

Tipos

Aguda:

- Se desarrolla en un breve período de tiempo.
- La glomerulonefritis aguda ocurre más a menudo como complicación de una infección de la garganta o de la piel causada por estreptococos, una clase de bacterias.
- Se desarrolla en los niños entre las edades de 2 y 10 años cuando se han recuperado de la infección.

Crónica:

- Empieza y avanza gradualmente.
- Con frecuencia, la glomerulonefritis crónica parece ser resultado de alguno de los mismos trastornos que causan glomerulonefritis aguda, como la nefropatía por Iga.
- En ocasiones la glomerulonefritis crónica está causada por la nefritis hereditaria, un trastorno genético hereditario.

Manifestaciones Clínicas

- Los síntomas comunes de glomerulonefritis son:
- Sangre en la orina (orina oscura, de color rojizo o café)
- Orina espumosa debido al exceso de proteína en la orina)
- Hinchazón (edema) de la cara, los ojos, los tobillos, los pies, las piernas o el abdomen
- Entre los síntomas también se pueden incluir los siguientes:
- Dolor abdominal
- Sangre en el vómito o en las heces
- Diarrea
- Micción excesiva

Métodos de diagnóstico

- **Análisis de orina.** Un uro análisis podría mostrar la presencia de glóbulos rojos y cilindros de glóbulos rojos en la orina, lo que indica un posible daño en los glomérulos.

- **Análisis de sangre.** Pueden brindar información sobre el daño renal y sobre el deterioro de los glomérulos a partir de la medición de los niveles de desechos, como creatinina y nitrógeno ureico en sangre.
- **Pruebas de diagnóstico por imágenes.** Si el médico detecta evidencias de daño, es posible que recomiende estudios de diagnóstico que permitan ver los riñones, como radiografías renales, una ecografía o una exploración por tomografía computarizada.
- **Biopsia de riñón.** Este procedimiento supone el uso de una aguja especial para extraer pequeños trozos de tejido renal y para examinarlos con microscopio a fin de determinar la causa de la inflamación.

Tratamiento

- Basado en características de paciente
- Basado en manifestación infecciosa
- Tratamiento a realizar

Complicaciones

- Lesión renal aguda
- Enfermedad renal crónica
- Presión arterial alta
- Infección renal
- Acumulación de líquidos
- Hiperkalemia
- Falla renal/ESRD

Intervenciones De Enfermería

- Perfusión tisular inefectiva–renal
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico
- Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos
- Riesgo de desequilibrio nutricional por defecto y exceso

Bibliografía

- <http://oceanodigital.oceano.com/Salud/welcome.do>
- <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/glomerulonephritis/symptoms-causes/syc-20355705>

- http://www.scielo.edu/scielo.php?pid=S1688-12492005000300006&script=sci_arttext&lng=pt
- <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=glomerulonefritis-90-P06178>
- <http://www.kidneyfund.org/en-espanol/enfermedad-de-los-riñones/tipos/glomerulonefritis.html#cuales-son-las-posibles-complicaciones-de-la-glomerulonefritis>
- Andréu Periz L, Force Sanmartín E. 500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal. Barcelona: Masson; 1997

SÍNDROME NEFRÓTICO

Definición

El síndrome nefrótico es el síndrome renal más frecuente en pediatría y está constituido por edema generalizado, oliguria, proteinuria, hipoalbuminemia e hiperlipidemia. En cuanto a su origen, puede resultar ser secundario a enfermedades renales, cardíacas, neoplásicas, así como a alergias, fármacos y trastornos metabólicos, o constituir el tipo de síndrome nefrótico más característico del niño, que se denomina idiopático o primario. La proteinuria es el signo marcador del síndrome, con una magnitud superior a 40 mg/m²/h, o en la relación proteína/creatinina en una muestra aleatoria de orina, superior a 0,25 g proteína/mmol creatinina o 2 mg proteína/mg creatinina. El edema y la oliguria, aunque al inicio pueden ser poco aparentes, llegan a ser muy intensos en la mayoría de los síndromes nefróticos, al igual que la hipoalbuminemia. La hiperlipidemia es más variable: desde leve en casos secundarios a lupus y amiloidosis, hasta muy intensa cuando se asocia a estados de gran hipoalbuminemia. El curso clínico, el pronóstico y el tratamiento varían según la naturaleza del síndrome nefrótico. Muchos no tienen un tratamiento específico. Otros, como el síndrome nefrótico primario, se benefician de tratamientos como la terapia con corticoides, dirigidos a controlar el mecanismo inmunológico, al igual que el síndrome nefrótico de la nefropatía lúpica. En los casos de síndrome nefrótico congénito, el trasplante renal constituye, hasta este momento, la mejor solución.

Fisiopatología

La principal característica clínica del SNP es el edema. En condiciones fisiológicas, el agua del plasma pasa del espacio vascular al intersticio por efecto de la presión hidrostática capilar que sobrepasa a la presión oncótica de las proteínas plasmáticas, que tienden a retenerla. El aumento de líquido en el espacio intersticial incrementa la circulación linfática, reduce la presión oncótica intersticial y aumenta su presión hidrostática, factores que detienen la salida de agua plasmática y facilitan su retorno.

Epidemiología

El síndrome nefrótico idiopático o primario (SNP) generalmente afecta a niños de 1 a 6 años de edad. La incidencia anual de la enfermedad varía entre 2 y 7 casos nuevos con edades por debajo de los 16 años /100.000 habitantes, y la prevalencia acumulativa es de aproximadamente 16 casos en menores de 16 años de edad/100.000 habitantes. Según datos del Grupo de Estudio Colaborativo Internacional sobre Enfermedades Renales Pediátricas (GECI), el 78,1% de los niños con SNP presentaron una respuesta positiva al corticoide (corticosenibilidad) y el 91,8% de ellos presentaron histología tipo lesión mínima en la biopsia renal.

Tipos síndrome nefrótico

congénito, que se descubre en el primer trimestre de la vida. Es de transmisión genética, predomina en Finlandia, por lo que se conoce como síndrome nefrótico de tipo finlandés, pero también se ha descrito en países con poblaciones de diferente origen étnico. El síndrome nefrótico con esclerosis mesangial difusa fue descrito por Habib y Bois en 1973. Se presenta también en el primer trimestre o un poco más tarde. Su transmisión es genética, posiblemente de forma autosómica recesiva, y su evolución a insuficiencia renal es rápida. En ocasiones se encuentra asociado con un pseudohermafroditismo y con tumor de Wilms, constituyendo el síndrome de Drash.

Síndrome nefrótico

El síndrome nefrótico es la glomerulopatía que se presenta con más frecuencia en niños. Es uno de los 10 síndromes más estudiados en nefrología.

Se clasifica por su etiología en tres tipos:

- **Síndrome nefrótico primario:** Se presenta en forma espontánea, es decir en un individuo aparentemente sano, no tiene relaciones con otra enfermedad.
- **Síndrome nefrótico secundario:** Se presenta en consecuencia de otra enfermedad ya sea del riñón de cualquier otro órgano o sistema.
- **Síndrome nefrótico congénito:** Asociado con alteraciones genéticas o con infecciones en el útero.

Manifestaciones clínicas

El cuadro clínico se caracteriza por edema progresivo que con frecuencia se agrava y se generaliza después de un cuadro de infecciones de las vías respiratorias superiores (8). La pérdida proteica urinaria da lugar a hipoalbuminemia y propicia la retención hidrosalina y el edema. La hematuria microscópica, la disminución transitoria del ritmo de filtración glomerular y la hiperlipidemia son

hallazgos iniciales frecuentes. La hipertensión arterial forma parte del cuadro clínico, especialmente en los casos más graves.

Método de diagnóstico

Algunas de las pruebas y los procedimientos que se usan para diagnosticar el síndrome nefrótico son los siguientes: Análisis de orina. Si padeces síndrome nefrótico, un uroanálisis puede revelar anormalidades en la orina, como gran cantidad de proteína. Es posible que te pidan que recojas muestras de orina durante 24 horas para poder medir con precisión la proteína en la orina. Análisis de sangre. Si tienes síndrome nefrótico, un análisis de sangre puede revelar niveles bajos de la proteína albúmina (hipoalbuminemia) y, a menudo, niveles bajos de proteína en general. Por lo general, se asocia la pérdida de albúmina con un aumento del colesterol en sangre y de triglicéridos en sangre. También se puede medir la creatinina sérica y la urea en sangre para evaluar el funcionamiento general de los riñones. Extracción de una muestra de tejido renal para análisis. El médico puede recomendar un procedimiento llamado «biopsia renal» para extraer una pequeña muestra de tejido renal que luego se analizará. Durante una biopsia renal, se inserta una aguja especial a través de la piel hasta el riñón. Se extrae una muestra de tejido renal y se envía a un laboratorio para que la analicen.

Tratamientos

con corticoides y/o inmunodepresores han resultado ineficaces. El trasplante renal es una solución satisfactoria si el paciente ha recibido un soporte nutricional adecuado. El síndrome nefrótico primario con lesiones glomerulares mínimas suele ocurrir en algunos niños durante el primer año de edad y se comportan en todos los aspectos igual que el SNP en niños cuya edad se considera la habitual en la aparición de esta enfermedad.

La glomerulopatía membranosa es el diagnóstico patológico que nos proporciona el estudio por biopsia renal en algunos casos que aparecen en esta edad, relacionados con infecciones sistémicas. En nuestra experiencia observamos dos neonatos con sífilis congénita cuyo síndrome se resolvió satisfactoriamente con tratamiento con penicilina. Se han descrito casos de pacientes cuyo síndrome se asocia con toxoplasmosis y con enfermedades virales (citomegalovirus, hepatitis B y C y VIH). Por la heterogeneidad señalada, se aconseja practicar una biopsia renal percutánea en niños con síndrome nefrótico de esta edad antes de hacer ningún tratamiento o de emitir algún pronóstico.



Complicaciones

Hinchazón intensa (edema), en particular alrededor de los ojos y en los tobillos y los pies Orina espumosa, que puede ser el resultado de exceso de proteína en la orina Aumento de peso debido a retención de líquidos excesiva Fatiga Pérdida de apetito

Intervenciones de enfermería

- Aliviar el edema y otras manifestaciones del estado nefrótico
- Mantener la integridad de la piel
- Administrar una alimentación adecuada

Gia de prácticas clínicas (GPC)

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	La función renal debe ser evaluada en forma integral desde que se sospecha el diagnóstico de Síndrome Nefrótico, para ayudar a establecer el pronóstico y valorar la respuesta al tratamiento	1B <i>Lombel RM, 2013</i>
	A pesar de las imprecisiones para estimar la tasa de filtración glomerular en presencia de Síndrome nefrótico, es indispensable conocer el estado de la función renal en el momento del diagnóstico, porque sirve para valorar el riesgo de que el niño desarrolle insuficiencia renal a largo plazo.	1B <i>Lombel RM, 2013</i>



La pérdida de proteínas por la orina deberá ser cuantificada por medio de la tasa que resulte de dividir las proteínas en orina entre la creatinina, esta tasa permitirá más adelante conocer como ha sido la respuesta al tratamiento.

1B
Lombel RM, 2013

La respuesta al tratamiento puede ser:

- Parcial
- Completa
- Sin remisión



La tasa de proteínas en orina/creatinina deberá medirse en la primera orina de la mañana para evitar los efectos debidos a la posición ortostática.

1B
Lombel RM, 2013

La determinación de proteínas en orina de 24 horas también pueden ser usada, sin embargo su colección es poco práctica, principalmente en niños que no controlan esfínteres

En los niños que presentan edema en grado variable como único signo se les deberá realizar:



- Historia clínica completa, con especial énfasis en:
 - Interrogatorio dirigido a buscar
 - Ingesta de fármacos
 - Aplicación reciente de vacunas
 - Procesos infecciosos
 - Exploración física detallada
 - Determinar el grado de edema

Punto de Buena Práctica



Ante la imposibilidad de pesar al niño con Síndrome Nefrótico, para determinar el grado de edema, se podrá usar el esquema de cruces, aunque es un método subjetivo y no estandarizado, puede ser de utilidad. En este esquema se califica el edema leve con una cruz (+) y el grave o anasarca se califica desde tres a más cruces (+++ a +++++)

Punto de Buena Práctica

INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS

Definición:

La infección urinaria consiste en la invasión, generalmente bacteriana, del urotelio. Su resultado es una respuesta inflamatoria que habitualmente se presenta en la clínica con frecuencia, urgencia, disuria y piuria y bacteriuria asociada. La presencia de fiebre sugiere infección localizada en una estructura parenquimatosa (MIR).

Fisiopatología:

La mayoría de los patógenos del tracto urinario son bacilos gramnegativos anaerobios facultativos, microorganismos habituales de la flora intestinal.

Algunos grampositivos como el:

- Staphylococcus saprophyticus
- Enterococcus faecalis.

La patogenia, hay que señalar tres posibles vías de infección: hematógena, linfática y ascendente, siendo esta última la de mayor relevancia clínica. En las infecciones causadas por Staphylococcus aureus es preciso buscar un foco infeccioso primario, presente hasta en el 80% de los casos, pues se produce típicamente por diseminación hematógena.

- La E. coli produce el 85% de los casos en mujeres. Entre estas últimas se incluyen diferentes cepas de Proteus y Klebsiella.
- El estafilococo saprofítico es el responsable del 10-30% de los casos que se producen en mujeres jóvenes.

El 75% de los casos en el varón también está producido por bacilos gramnegativos, pero sólo el 25% son debidos a E. coli, a pesar de lo cual continúa siendo el que se aísla con mayor frecuencia en los cultivos. El estafilococo saprofítico es raro en el varón.

Epidemiología:

- ✚ Son un problema muy frecuente en adultos.
- ✚ Reportó en el año 2007 un total de 3, 076,468 casos de infecciones del tracto urinario, de los cuales 2, 294,451 (74.5 %) fueron en mujeres y 749,755 (23%) se presentaron en hombres
 - ✚ En 2013, las infecciones de vías urinarias se mantienen como una de las primeras causas de morbilidad.

Tipos:

Las infecciones de orina las podemos clasificar atendiendo a diversos criterios: localización, riesgo de complicación, concepto de recurrencia y concepto de bacteriuria significativa asintomática.

Por su localización pueden diferenciarse dos grandes grupos:

- Infecciones del tracto urinario inferior o de vías bajas:
 - ✓ Cistitis.
 - ✓ Prostatitis.
 - ✓ Orquiepididimitis
 - ✓ Uretritis (se estudia en Dermatología).
- Infecciones del tracto urinario superior o de vías altas
 - ✓ Pielonefritis (aguda o crónica).
 - ✓ Nefritis intersticial bacteriana.
 - ✓ Absceso parenquimatoso renal.
 - ✓ Absceso perirrenal.

Manifestaciones clínicas:

- Disuria
- Polaquiuria
- Hematuria macroscópica
- Fiebre, escalofríos, náusea, vómito
- Alteraciones en la citología hemática como leucocitos

Método de diagnóstico:

El diagnóstico de infección urinaria implica el entendimiento adecuado de la recogida de la muestra, la correcta interpretación del sedimento urinario y los resultados de los cultivos de orina, así como el conocimiento de las pruebas de localización de la misma.

- Recogida de muestras
- Tiras reactivas
- Análisis sistemático

Tratamiento médico:

- Farmacológico: antibióticos, antisépticos de vías urinarias, electrolitos y reemplazo.
- Diálisis: hemodiálisis

- Procedimientos no quirúrgicos: cateterismo. Canastilla para cálculos
- Cirugía: cistectomía, nefrectomía.




Complicaciones:

Infección complicada o potencialmente complicada. Se define como toda aquella infección con riesgo moderado o elevado de resultar en sepsis, destrucción tisular u otros estados de cierta morbilidad o mortalidad. Además, una infección grave puede encubrir un trastorno anatómico, funcional o metabólico del tracto urinario previamente desconocido, que generalmente requiere un estudio mayor y cambios en las estrategias de tratamiento. La presencia de alguno de estos factores contraindica el uso de una pauta corta de antibioterapia y obliga a instaurar una pauta larga de antibióticos.

Intervenciones de enfermería:

- Control de signos vitales
- Orientar correctamente la técnica para la recolección de muestra de orina
- Explicar la importancia de ingestión de abundantes líquidos
- Administración de medicamentos indicado para la infección de vías urinarias
- Confort de paciente
- Realizar cateterismo vesical si está indicado en este caso.

Guía de Práctica Clínica:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>El control del piso pélvico y del esfínter uretral es voluntario y tiene un importante papel en la disfunción miccional en la infancia.</p>	<p>1+</p> <p>Revisión sistemática. Mota DM, Barros AJD. Toilet training. <i>J Pediatr (Rio J)</i> 2008;84(1):9-17</p>
 <p>Evitar la contracción constante del piso pélvico, ya que esto no permite la relajación completa durante la micción.</p>	<p>C</p> <p>Revisión sistemática. Mota DM, Barros AJD. Toilet training. <i>J Pediatr (Rio J)</i> 2008;84(1):9-17</p>
 <p>La toma de muestra por cateterismo vesical se realizará por personal capacitado y con técnica estandarizada en los laboratorios y en las unidades de atención médica de segundo o tercer nivel.</p>	<p>Recomendación de buena práctica clínica (BBP) Grupo redactor de esta guía.</p>

Bibliografía

- European Association of Urology Guidelines. 2012 Edition. www.uroweb.org. - Campbell-Wash: Urología, 9.ª Edición. AJ Wein, LR Kavoussi, AC Novick, AW Partin. Editorial Médica Panamericana, 2011.
- Urología General de Smith, 14.ª Edición. EA Tanagho, JW McAninch. Manual Moderno, 2008. Libro del residente de Urología. A Castiñeiras. Asociación Española de Urología, 2007.
- Urología / Cristian Grillo ... [et al.]. - 1a ed. - Mar del Plata: Universidad FASTA, 2015. PDF Descarga digital ISBN 978-987-1312-69-6

No hay Obstrucción de vías Urinarias. Sus compañeras solo mandaron un texto, no un trabajo.

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS) O INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

Las ITS son enfermedades infecciosas, que pueden transmitirse de una persona a otra durante una relación sexual vaginal, anal u oral.

Las ITS afectan a todos independientemente de la orientación sexual o identidad de género. Desde el comienzo de la vida sexual se está expuesto/a a estas infecciones. Las producen más de 30 diferentes tipos de virus, bacterias y parásitos y las más frecuentes son la sífilis, gonorrea, clamidia, herpes, hepatitis B y C, VIH y VPH.

Gonorrea

La gonorrea es la enfermedad producida por la infección por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*, infecta típicamente los epitelios de la uretra, el cuello uterino, el recto, la faringe o las conjuntivas y causa irritación o dolor y secreción purulenta.

Fisiopatología

Neisseria gonorrhoeae se considera un patógeno humano obligado que puede crecer y multiplicarse en las mucosas incluyendo el cérvix, útero, y trompas de Falopio en las mujeres, así como en la uretra masculina. Aunque también puede encontrarse en la boca, faringe y ano. Esta bacteria causa la gonorrea, una infección altamente contagiosa, casi exclusivamente de transmisión sexual.

Epidemiología

Durante un episodio de coito vaginal, la probabilidad de transmisión de la mujer al hombre se aproxima al 20%, aunque puede ser más elevada del hombre a la mujer. Los recién nacidos pueden contagiarse la infección conjuntival durante el pasaje a través del canal del parto (ver Conjuntivitis neonatal: Etiología) y los niños pueden contagiarse una gonorrea como resultado de un abuso sexual.

En el 10 al 20% de las mujeres, la infección cervical asciende a través del endometrio hasta las trompas uterinas (salpingitis) y el peritoneo pélvico y provoca una enfermedad pelviana inflamatoria (EPI). Las clamidias o las bacterias intestinales también pueden producir una EPI. La cervicitis gonocócica suele manifestarse con disuria o inflamación de los conductos de las glándulas de Skene y de Bartholin. En una pequeña proporción de hombres, la uretritis ascendente progresa en una epididimitis.

En < 1% de los casos, sobre todo en mujeres, aparece una infección gonocócica generalizada provocada por la diseminación hematógena de la enfermedad. Este cuadro afecta típicamente la piel, las vainas tendinosas y las articulaciones. Rara vez se aparecen pericarditis, endocarditis, meningitis y perihepatitis.

En el 15 al 25% de los hombres heterosexuales infectados y en el 35 al 50% de las mujeres se detecta una coinfección con *Chlamydia trachomatis*.

Clasificación

No existen tipos de esta enfermedad

Manifestaciones clínicas

Más del 50% de las mujeres y del 10% de los hombres que tienen gonorrea no presentan síntomas. La infección en el recto y la garganta usualmente no produce ningún síntoma.

Cuando los síntomas están presentes los más comunes son:

En las mujeres

- Un cambio en el color u olor o cantidad del flujo vaginal.
- Sangrado entre reglas o reglas más cuantiosas.
- Sensación de ardor al orinar
- Puede haber dolor o malestar en la parte inferior del abdomen.

En los hombres

- Sensación de ardor al orinar.
- Secreción del extremo del pene
- Puede haber dolor en los testículos.

Método de diagnóstico

Se necesita una muestra de la zona genital, faríngea o anal para hacer el diagnóstico, dependiendo de las prácticas sexuales. En ocasiones puede solicitarse, además, una muestra de orina.

- Tinción de Gram y cultivo
- Pruebas basadas en ácidos nucleicos

La gonorrea se diagnostica ante el hallazgo de gonococos en el examen microscópico con tinción de Gram, cultivo o una prueba para identificar ácidos nucleicos en los líquidos genitales, la sangre o los líquidos articulares (obtenidos mediante aspiración con aguja).

La tinción de Gram es sensible y específica para confirmar la gonorrea en hombres con secreción uretral y visualiza diplococos intracelulares gramnegativos típicos. La tinción de Gram es mucho menos precisa en presencia de infecciones del cuello uterino, la faringe y el recto y no se recomienda para el diagnóstico de la enfermedad en estos sitios.

El cultivo es sensible y específico, pero dado que los gonococos son microorganismos frágiles que requieren condiciones de cultivo especiales, las muestras obtenidas con un hisopo deben prepararse rápidamente sobre una placa en un medio apropiado (p. ej., de Thayer-Martin modificado) y transportarse al laboratorio en un ambiente rico en CO₂. Las muestras de sangre y de líquido articular deben enviarse al laboratorio con una nota en la que debe usarse que se sospecha una infección gonocócica. Dado que las pruebas de amplificación de los ácidos nucleicos han reemplazado al cultivo en la mayoría de los laboratorios, puede ser difícil encontrar un laboratorio que pueda realizar cultivos y antibiogramas, y es necesaria la consulta con un especialista en salud pública o en enfermedades infecciosas.

Las **pruebas de amplificación de ácidos nucleicos** pueden aplicarse a muestras obtenidas con hisopados genitales, rectales o bucales. La mayoría de las pruebas detectan simultáneamente la infección por clamidia y gonococo, lo que implica que luego debe realizarse la diferenciación entre ambos microorganismos con otro examen. Las **PAAN** aumentan adecuadamente la sensibilidad para permitir la realización de la prueba en orina en ambos sexos.

Tratamiento

- Cuando la infección no es complicada, debe administrarse 1 sola dosis de ceftriaxona más azitromicina
- La infección gonocócica generalizada con artritis se trata con cursos más prolongados de antibióticos por vía parenteral
- Tratamiento concomitante de la infección por clamidia
- Tratamiento de las parejas sexuales

La infección gonocócica no complicada de la uretra, el cuello uterino, el recto y la faringe se trata con los siguientes elementos:

- Preferido: una sola dosis de 250 mg de ceftriaxona IM más 1 g de azitromicina VO en una sola dosis (una alternativa a la azitromicina es 100 mg de doxiciclina 2 veces al día por vía oral, durante 7 días).
- Segunda opción: una sola dosis de cefixima 400 mg VO, más azitromicina 1 g VO una vez

Los pacientes que son alérgicos a las cefalosporinas, se tratan con una de las siguientes:

- Gemifloxacina 320 mg VO, más azitromicina 2 g VO
- Gentamicina 240 mg IM, más azitromicina 2 g VO

Complicaciones

- Si se trata correctamente es poco probable que la gonorrea ocasione problemas de salud a largo plazo. Sin embargo, sin tratamiento, la infección puede extenderse a otras regiones del organismo.
- Las mujeres pueden desarrollar enfermedad inflamatoria pélvica, la cual puede provocar dolor en abdomen y pelvis. También puede conducir a infertilidad y embarazo ectópico (embarazo que se produce fuera del útero).
- Los hombres pueden desarrollar una infección dolorosa en los testículos. En algunos casos, cuando la gonorrea no se ha tratado, puede producir infecciones en otras regiones del organismo, como la piel y las articulaciones.
- Una mujer embarazada con infección gonocócica no tratada, puede transmitir la infección a su hijo/a durante el parto.
- Esto puede causar infección ocular grave en el recién nacido.

Intervenciones de enfermería

- Explicar al paciente en que consiste la gonorrea.

- Aclarar dudas e inquietudes que pueda tener el paciente sobre la infección y el diagnóstico a realizarle.
- Explicar al paciente en que consiste el procedimiento de la detección de la gonorrea.
- Explicarle que no realice ninguna actividad sexual durante el tratamiento hasta que el médico indique que la infección está curada completamente. Informar a las madres gestantes que se realicen las pruebas necesarias para descartar alguna ITS debido a que pueda causar complicaciones durante el embarazo y el parto. Una forma de contagio es de madre a hijo durante el parto (conjuntivitis gonocócica).
- Concientizar al paciente a que acuda al centro de Salud cuando presente alguna molestia o sino las tuviera acudir periódicamente con el propósito de prevenir la enfermedad.
- Brindar apoyo psicológico a la paciente y a su pareja, ya que por lo general las pacientes que contraen una infección de transmisión sexual se sienten nerviosas o temerosas acerca del resultado para ella y su hijo; por lo que enfermería le debe dar apoyo y oportunidad para que discuta y exprese estos sentimientos y expectativas a fin de tranquilizarla.
- Orientar que tenga suficiente reposo físico, psíquico y sexual, ya que en ocasiones es necesario que la paciente se abstenga de tener contacto sexual, pues muchas infecciones de transmisión sexual causan inflamación local de la vulva y dolor, lo cual puede conllevar la dispareunia.
- Valorar la aparición de signos de alteración en los parámetros vitales, fundamentalmente en la temperatura corporal, por ser su incremento uno de los signos más frecuentes en estas afecciones.
- Brindar educación sanitaria a la paciente, lo cual constituye la principal estrategia de prevención, por lo que enfermería orienta sobre:
 1. Identificar factores que aumentan el riesgo de adquirir estas infecciones y los métodos para prevenirlas.
 2. Identificar los signos y síntomas tempranamente de las infecciones de transmisión sexual y acudir al médico tan pronto se presenten estos.
 3. Medidas de salud general que favorecen una salud óptima y mejoran el funcionamiento del sistema inmunitario.
 4. Importancia de que lleven a cabo trabajos y actividades que le satisfagan, así como evitar sustancias dañinas y tóxicas, como el alcohol y el tabaco.
 5. Posibles daños fetales, dándole la oportunidad de expresar sus temores, discutir diversas opciones, incluyendo el aborto.
 6. Modificación de las prácticas sexuales, en caso de que la pareja practique comportamientos sexuales de alto riesgo y le indica cómo practicar sexo en forma más segura; por ejemplo, limitar el número de compañeros y promover el uso del condón en situaciones riesgosas.

HERPES GENITAL

El Herpes genital es una infección de transmisión sexual vírica, los virus Herpes simple (VHS) tipos 1 (VHS-1) y 2 (VHS-2), dos alfa herpesvirus estrechamente relacionados, causan el herpes genital. Este representa la causa más frecuente de úlcera genital en nuestro medio. Clínicamente, cursa con episodios recurrentes que pueden ser asintomáticos o con lesiones características vesículas-úlceras.

Fisiopatología

La patogenia de VHS-1 y VHS-2 es similar, con infección primaria generalmente asintomática, aunque pueden presentarse lesiones vesiculares. El virus inicia la infección en las membranas de las mucosas, se replica en las células mucoepiteliales originando infección lítica y se disemina a las células adyacentes y neuronas que inervan el sitio donde se inició la infección aguda. La infección latente en la neurona no produce daño aparente, pero diferentes estímulos la pueden reactivar. Una vez reactivado, el virus se multiplica, viaja a lo largo del nervio en forma centrifuga y ocasiona lesión en la terminal del nervio, por lo tanto, todas las recidivas se producen en el mismo sitio. La expresión del genoma se requiere para la reactivación, pero no para el establecimiento de la latencia. El mecanismo para su establecimiento se desconoce, sin embargo, se piensa que para la expresión del genoma se requiere una proteína celular, tan es así que no en todas las estirpes celulares establece latencia.

El tipo de infección que resulta depende del estado inmune del individuo; los sujetos susceptibles desarrollan infección primaria después de la primera exposición al virus. Sujetos seropositivos pueden ser reinfectados con virus de otro tipo. VHS-1 y VHS-2 se transmiten por diferentes vías e infectan diferentes sitios del cuerpo.

A grandes rasgos se considera que el HSV-1 infecta de la cintura para arriba y el VHS-2 de la cintura para abajo, sin embargo, esta diferenciación no es estricta.

Epidemiología

El VHS-2 se transmite por secreciones vaginales, contacto sexual y al neonato durante el paso por el canal de parto infectado. La posibilidad de que VHS-1 y VHS-2 establezcan infecciones latentes con recidivas asintomáticas favorece su transmisión, ya que un individuo infectado puede ser transmisor durante toda su vida. Los virus infectantes se encuentran en el líquido de las vesículas.

Tipos de herpes

1. Virus Herpes Simple VHS-1
2. Virus del Herpes Simple tipo 2 (VHS-2)
3. Herpes Zóster

Manifestaciones clínicas

El síntoma más común del herpes genital es un grupo de ampollas dolorosas o que provocan picazón en tu vagina, vulva, cuello uterino, pene, nalgas, ano o la cara interna de los muslos. Las ampollas revientan y se convierten en llagas. También puedes tener estos otros síntomas:

- Ardor al orinar si la orina toca las llagas del herpes
- Dificultad para orinar porque las llagas y la hinchazón bloquean la uretra
- Picazón
- Dolor en el área genita

Métodos de diagnóstico

En todo caso, la intervención del laboratorio de microbiología en el diagnóstico del herpes genital es inexcusable y crucial: permite el diagnóstico de las formas atípicas aludidas, hace posible la tipificación del VHS causal, lo que permite inferir el curso de la infección crónica y la detección de excretores asintomáticos de virus -especialmente relevante en la prevención del herpes neonatal-, y, en definitiva, resulta determinante para la monitorización correcta de la infección herpética. El cultivo, el examen directo tras tinción y los métodos de detección de antígeno viral.

Tratamiento médico

El herpes genital no se puede curar. Los medicamentos antivirales (aciclovir y otros medicamentos relacionados) pueden aliviar el dolor y la molestia y ayudar a que el brote desaparezca más rápidamente. También pueden reducir la cantidad de brotes. Siga las instrucciones del proveedor sobre cómo tomar estos medicamentos si se le han recetado. Hay dos maneras de tomarlas:

- Una manera es tomarlas por aproximadamente 7 a 10 días cuando se presentan los síntomas. Esto normalmente acorta el tiempo que los síntomas tardan en desaparecer.
- La otra manera es tomarlas diariamente para prevenir los brotes.

Complicaciones

- Al tener úlceras en la piel en el área genital, aumenta el riesgo de padecer otras enfermedades de transmisión sexual incluyendo VIH SIDA.

- Los bebés que nacen de madres infectadas pueden contagiarse durante el nacimiento al pasar por el canal vaginal. Esto puede dar como resultado, daño cerebral, ceguera o muerte del bebé.
- El herpes genital puede inflamarse la mucosa del recto, en particular en los hombres que tienen sexo con hombres.

Intervenciones de enfermería

- Alivio del dolor
 - Las lesiones deben mantenerse limpias e higiene adecuada.
 - Baños de asiento alivian la molestia.
 - La ropa debe estar limpia, holgada, suave y absorbente
 - El ácido acetilsalicílico y analgésicos contralanzan el dolor. Si se prescribe aciclovir oral u otros antivirales, educar al paciente sobre cuando tomarlos y qué efectos colaterales podría notar, como exantema y cefalea.
 - Si el dolor y malestar son considerables, es necesario el reposo en cama.
 - Se alienta al paciente a aumentar el consumo de líquido, mantenerse alerta ante la posible distensión vesical y a comunicarse con su médico de inmediato si no puede orinar debido a la molestia.
 - La molestia con micción puede reducirse si se vierte agua tibia sobre la vulva durante la micción.
- Profilaxis de la infección y su diseminación
 - Aseo manual

Bibliografías

- ASHLEY R, WALD A. Genital herpes: review of the epidemic and potential use of type-specific serology. Clin Microbiol Rev 1999; 12:1-8.
- STEVENSON J, HYMAS W, HILLYARD D. Effect of sequence polymorphisms on performance of two real-time PCR assays for detection of herpes simplex virus. J Clin Microbiol 2005; 43:2391-2398
- SLOMKA MJ. Current diagnostic techniques in genital herpes: their role in controlling the epidemic. Clin Lab 2000; 11: 591-607.

VAGINOSIS BACTERIANA

La vaginosis bacteriana es un síndrome clínico de origen polimicrobiano que resulta de la sustitución de la flora vaginal saprofita normal de *Lactobacillus* productora de H₂O₂ por altas concentraciones

de bacterias anaerobias (*Prevotella* sp y *Mobiluncus* sp), *Gardnerella Vaginalis* y *Mycoplasma hominis*.

Fisiopatología

En las mujeres en edad reproductiva, la secreción vaginal normal se caracteriza por ser inodora, clara y viscosa; con un pH ácido (< 4.5) y ausencia de neutrófilos. En esta etapa la flora vaginal está constituida en su mayor parte por *Lactobacillus* sp; sin embargo, es común encontrar *Gardnerella vaginalis* y *Streptococo* del grupo B, así como *Candida albicans*. Se ha definido a la vaginitis infecciosa como un síndrome caracterizado por uno ó más de los siguientes signos y síntomas: flujo, prurito, ardor, irritación, disuria, dispareunia y fetidez o mal olor vaginal; secundario a la presencia de microorganismos patógenos La Vaginosis bacteriana (VB) es síndrome que se caracteriza por un sobre crecimiento de cualquiera de los siguientes microorganismos: *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella*, *Mycoplasma hominis*, *Bacteroides*, *Fusobacterium* y *Mobiluncus*; que reemplaza a los lactobacilos y se acompaña de un aumento en el pH (hasta de 7.0). Se define como una infección a nivel vaginal, sin respuesta inflamatoria (en 1983 cambió el nombre de vaginitis inespecífica a vaginosis bacteriana). Es la causa más común de descarga vaginal anormal. La VB puede tener un comienzo y remisión espontánea; aunque su prevalencia es mayor en las mujeres sexualmente activas que en las no activas, actualmente no se considera de transmisión sexual; aproximadamente el 50 % de los casos pueden cursar asintomáticas.

Epidemiología

Se desconocen las causas de la VB. No obstante, varios autores han identificado una gran diversidad de factores de riesgo y hábitos asociados. Los estudios basados en el cultivo bacteriano muestran, en su mayor parte, una disminución en la concentración de especies de *Lactobacillus* y un aumento importante en la concentración de bacterias anaerobias estrictas como son: *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella* spp., *Mobiluncus* spp., *Ureaplasma urealyticum* y *Mycoplasma hominis*.

Manifestaciones clínicas

Se estima que alrededor del 40 - 50% de las mujeres con VB cursan asintomáticas. Las manifestaciones son variables: aumento en la descarga vaginal, de color grisáceo o blanquecino, de consistencia lechosa. El signo clásico consiste en un olor fétido, referido por las pacientes como "olor a pescado", que es causado por la producción de aminas (trimetilamina, putrescina, cadaverina, entre ellas) por las bacterias anaerobias. Estas aminas se volatilizan cuando aumenta el pH, lo cual sucede en presencia de semen, por lo que el olor puede intensificarse después de una relación sexual. También se reportan sensación de picazón, quemadura, dolor,

mismos que pueden confundirse con otras causas de vaginitis. Habitualmente no se aprecian signos de inflamación y el cérvix se observa normal. Cuando se asocia cervicitis, esta se debe, en general, a otros patógenos.

Métodos de diagnóstico

Las pruebas diagnósticas de vaginosis bacteriana se dividen en dos categorías a saber; criterio clínico (de Amsel) y criterio basado en laboratorio (de Nugent). En ambos casos se requiere de la toma muestra de secreción vaginal con un hisopo estéril.

La VB categorizada por los criterios de Amsel incluye cuatro características, de las cuales al menos tres parámetros deben estar presentes para poder hacer el diagnóstico:

- 1) Descarga transvaginal lechosa de color grisáceo o amarillento;
- 2) pH vaginal de más de 4.5;
- 3) Prueba de aminas positiva (cuando se le agrega una solución alcalina - KOH al 10% a la secreción vaginal, esta emite un olor fétido similar al que produce el pescado) y
- 4) Presencia de grupos de células de descamación, llamadas células clave.

El sistema de Nugent clasifica la microbiota vaginal en normal, intermedia y VB, para lo cual se cuantifican los lactobacilos y otros dos morfotipos: cocobacilos Gram variable/ gramnegativos, característicos de *Gardnerella vaginalis/Prevotella* spp., respectivamente y a bacilos Gram variable curvos que caracterizan a *Mobiluncus* spp

El análisis microscópico se considera de elección debido a que hasta el 50% de las mujeres con VB puede ser asintomático. Si la tinción de Gram no se encuentra disponible, el método de diagnóstico al que se recurre con mayor frecuencia es el de los criterios de Amsel.

Tratamiento médico

El tratamiento de elección para VB es: 1) Metronidazol* 500 mg, vía oral dos veces al día por 7 días; ó 2) Metronidazol* 2g vía oral en una sola dosis * Debe evitarse la ingesta de bebidas alcohólicas (efecto antabuse).

Como tratamiento alternativo (en caso de alergia o intolerancia al metronidazol) se puede usar: 1) Clindamicina crema vaginal al 2%, una vez al día por 7 días; ó 2) Clindamicina 300 mg, oral dos veces al día por 7 días.

Complicaciones

Incluyen secreción transvaginal continua, fétida, recurrencias, asociación con infecciones de transmisión sexual, aborto, infertilidad, parto prematuro, corioamnionitis, enfermedad inflamatoria pélvica e infección de vías urinarias

Intervenciones de enfermería

- ❖ **Informar a los pacientes acerca de:**
 - La higiene general que es vital para el tratamiento de la candidiasis cutánea.**
- ❖ **Mantener la piel seca y expuesta al aire ayuda.**
- ❖ **En los diabéticos un buen control del azúcar también puede servir.**
- ❖ **Se debe administrar y enseñar a hacer uso de medicamentos antimicóticos tópicos.**
- ❖ **Brindar educación al paciente en cuanto a que se deben evitar las relaciones sexuales hasta terminar el tratamiento Y la pareja sexual debe considerarse infectada y debe recibir el tratamiento al mismo tiempo, incluso si no presente síntomas.**

Bibliografía

(https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/telesalud_2016_presentaciones/presentacion28012016/vaginitisbacteriana.pdf)

HEPATITIS B

La hepatitis B puede ser una enfermedad hepática grave originada por la infección con el virus de la hepatitis B

Epidemiología

La hepatitis B es una de las enfermedades infecciosas más frecuentes en el mundo y con una mayor distribución geográfica. La repercusión de esta enfermedad va a tener por lo tanto una gran relevancia, máxime si tenemos en cuenta que un 25% de los portadores pueden desarrollar una

hepatopatía significativa, de tal manera que el VHB será responsable de la muerte de un millón de personas al año, bien sea por infección aguda (hepatitis fulminante) o crónica (cirrosis o hepatocarcinoma). Por otro lado, el 5-10% de los trasplantes hepáticos son indicados con motivo de esta infección y está relacionada con el 75%. La distribución de la infección por el VHB es universal, pero la prevalencia y mecanismos de transmisión son variables en dependencia de las áreas geográficas.

Manifestaciones clínicas

- Dolor abdominal
- Orina oscura
- Fiebre
- Dolor articular
- Pérdida de apetito
- Náuseas y vómitos
- Debilidad y fatiga
- Pigmentación amarilla de la piel y la parte blanca del ojo (ictericia)

Hasta aquí llegaron sus compañeros