

**Valoración de la leucocituria en el
diagnóstico de infección urinaria**
D. Willy A. Gantier C.

**CENTRO PEDIÁTRICO ALBINA R. DE
PATIÑO**

**VALORACIÓN DE LA LEUCOCITURIA PARA EL
DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN URINARIA**

AUTOR: WILLY AUGUSTO GANTIER
RESIDENTE DE III AÑO

TUTOR: Dr. CARLOS ROJAS ÁGREDA
PEDIATRA - PERINATÓLOGO

COCHABAMBA - BOLIVIA
2006

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
I.- INTRODUCCIÓN-----	1
Marco teórico	
II.-HIPÓTESIS-----	7
III.-OBJETIVOS-----	7
General	
Específicos	
IV.- DISEÑO METODOLÓGICO-----	8-9
Tipo de estudio	
Definiciones operacionales	
Universo de estudio	
Criterios de inclusión y exclusión	
V.- RESULTADOS.-----	10-15
VI.- CONCLUSIONES.-----	16
VIII.- BIBLIOGRAFÍA.- -----	17-18
IX.- ANEXOS-----	19-26

I).- INTRODUCCIÓN

La infección urinaria (IU) es la presencia de bacteriuria significativa **acompañada o no de síntomas** generales de infección, de manifestaciones inespecíficas en menores de 2 años y manifestaciones útero vesicales como disuria, polaquiuria, urgencia, retención urinaria, enuresis secundaria, en niños mayores, etc... Será complicada cuando se demuestre una alteración anatómica o funcional del riñón o de las vías urinarias y no complicada cuando no existan.

De acuerdo con su localización, se puede dividir en pielonefritis (PN), que es la infección del sistema pielocalicial y del parénquima renal y en cistitis cuando únicamente se afecte la vejiga.(1).

La IU es no sólo la infección bacteriana más frecuente, si no la enfermedad más común del riñón y de las vías urinarias en la edad pediátrica y un marcador o signo de anormalidades anatómicas o funcionales subyacente, como el reflujo uterovesical (RVU). (1-9)

Además la IU, y especialmente la PN que se presenta en la mayoría de los niños con IU febril, puede ocasionar una alteración del parénquima renal con disminución de tamaño y cicatrices, que son más frecuentes a menor edad y en especial en lactantes con PN recurrente, obstrucción urinaria o RVU dilatado.(1).

El daño renal es un factor de riesgo para la IU recurrente y a largo plazo de la hipertensión arterial (HTA), PN recurrente, detención del crecimiento renal, insuficiencia renal crónica (IRCT) y complicaciones durante el embarazo en las pacientes que en la infancia presentaron IU y cicatrices. (1-9)

Para evitar la formación de cicatrices, el deterioro de la función renal y las complicaciones a largo plazo, el manejo de los niños y adolescentes con IU requiere un diagnóstico y un tratamiento adecuados de la infección durante la etapa aguda, la detección precoz de factores de riesgo y un seguimiento a medio y largo plazo con tratamiento antimicrobiano profiláctico, cuando existan factores de riesgo o historia de IU recurrente. (1-9)

La distribución de casos de infección de vías urinarias es mundial. En Estados Unidos es la segunda causa más importante de enfermedad, precedida solo de infecciones de vías respiratorias superiores; en América Latina, las estadísticas son similares.

La prevalencia de (IU) en el periodo neonatal es cercana a 1% en el caso del recién nacido de término y de 3% en el de prematuros.

Cuando se trata de un neonato que presenta fiebre, la prevalencia se incrementa a 4,6%. (2)

En general, el 3,7% de los niños y el 2 % de las niñas tuvieron bacteriuria durante el primer años de vida. El riesgo de IU durante el primer año de vida es mayor en los varones que en las niñas, pero con el aumento en edad se invierte progresivamente y, a partir del primer año, es mayor en mujeres. En la edad escolar es del 3% en las niñas y del 1,1% en los niños y en las adolescentes el riesgo de una IU sintomática es del 5,8%. (1-5-11)

En niños y adolescentes, los agentes etiológicos más frecuentes son bacterias gramnegativas como *Escherichia coli*, *Klebsiella* sp., *Enterobacter* sp., *Proteus* sp., *Citrobacter*, *Morganella*, *Serratia* y *Pseudomona*. *E. Coli* se aísla en más del 80% de los casos de IU, cistitis, PN. (2-7-8-10-11)

Se ha demostrado que la mayoría de los patógenos urinarios forman parte de la flora normal del intestino, con factores de virulencia que les permiten colonizar el periné en la mujer y el prepucio en el varón varias semanas antes de causar IU y luego ascender a la vejiga y al riñón. La flora fecal anaerobia rara vez produce IU, a pesar de ser más abundante en las materias fecales que *E. Coli*. (1-3).