

SEPSIS URINARIA EN EL LACTANTE. INCIDENCIA. ESTUDIO PRELIMINAR

HOSPITAL PEDIATRICO "LEONOR PEREZ"

*Dr. Félix Cruz Romero**, *Dra. Carmen Caramés Fernández**,
*Dra. Elena E. Diego Valdés**, *Dr. Angel Diaz Niebla*** y *Dra. Isabel
Ballester Silva****

Se estudian 50 pacientes menores de 1 año ingresados en nuestra Unidad Asistencial, en el periodo comprendido entre noviembre de 1983 y noviembre de 1984 con el diagnóstico de sepsis urinaria; se llega a considerar por nuestra casuística que es más frecuente en el sexo masculino y en mayores de 6 meses de edad. El examen físico es negativo en un gran porcentaje de pacientes, los urocultivos fueron positivos en el 100% de los casos, no es necesario el tratamiento mayor de 3 meses si es que de forma continua y no son frecuente las anomalías genitourinarias como causa desencadenante de sepsis urinaria en el lactante.

INTRODUCCION

La sepsis urinaria es una enfermedad frecuente en nuestro medio y se observa con gran incidencia en el lactante; por este motivo nos dimos a la tarea de revisar tal entidad en la cual con un diagnóstico y tratamiento precoz nuestros enfermos pueden evitarse complicaciones renales irreversibles con las que no pudieran sobrevivir, y de esta forma se contribuye a disminuir la mortalidad infantil.¹⁻³

MATERIAL Y METODO

Se estudian 50 pacientes menores de 1 año ingresados en nuestro centro en el periodo comprendido entre noviembre de 1983 y noviembre de 1984, con los cuales se tomaron de sus historias clínicas la anamnesis, el grupo etario, el sexo, los exámenes físico y complementarios indicados, lo que unido a la literatura médica mundial nos llevó a conclusiones.

DESARROLLO

La infección urinaria es causa de morbilidad y hospitalización frecuente en el niño; su incidencia en la infancia sólo es superada por las infec-

* Especialista de I Grado en Pediatría.

** Médico General en función de Pediatría.

*** Médico General en función de Radiología.

ciones de las vías respiratorias y también son causa frecuente de síndrome febril inespecífico. La mayoría de los pacientes responden satisfactoriamente al tratamiento si éste se realiza de una forma adecuada y por el tiempo normado.⁴⁻⁶

Entre los enfermos con infección urinaria hay que distinguir a los que presentan infección demostrada por cultivo y aquellos síntomas irritativos de vías bajas, no asociados con infección. También hay que tener en cuenta que la piuria, la bacteriuria, o ambas en el examen de orina, es sugerente del diagnóstico, pero no lo confirman; puede haber piuria sin infección y la bacteriuria aislada puede deberse a contaminación de la muestra; no es sólo importante determinar el germen causal en la sepsis urinaria; sino para algunos gérmenes es importante identificar género, especie y también la cepa específica, unido todo esto a la clínica y las alteraciones radiológicas.⁷⁻¹⁰

COMENTARIOS Y RESULTADOS

Como se observa en la tabla 1 es más frecuente en mayores de 6 meses con 23 casos (46 %); le sigue en orden de frecuencia el grupo de 3 a 6 meses (34 %) y el grupo de menos de 3 meses (20 %).

En la tabla 2 observamos que es más frecuente en el sexo masculino con 34 casos (68 %).

TABLA 1. Clasificación por grupo etario

| Grupo etario | No. de casos | % |
|--------------|--------------|-----|
| < 3 meses | 10 | 20 |
| 3 - 6 meses | 17 | 34 |
| 6 - 12 meses | 23 | 46 |
| Total | 50 | 100 |

TABLA 2. Sexo

| Sexo | No. de casos | % |
|-----------|--------------|----|
| Masculino | 34 | 68 |
| Femenino | 16 | 32 |
| Total | 50 | 50 |

El mayor número de casos ingresó por fiebre (42 %); le sigue en orden la fiebre y vómitos (20 %) y la fiebre y diarreas, (16 %) (tabla 3).

El examen físico fue negativo o normal en el 64 %; se observa fimosis en el 34 % de los casos (tabla 4).

La cituria fue patológica en 37 casos (74 %) y negativa en 13 (26 %); los urocultivos fueron positivos o patológicos en el 100 % de los casos (tabla 5).

Los gérmenes más encontrados fueron la *E. coli* (54 %) y *Proteus* (34 %) (tabla 6).

TABLA 3. Motivo de ingreso

| Motivo de ingreso | No. de casos | % |
|--------------------|--------------|------------|
| Fiebre | 20 | 42 |
| Fiebre y vómitos | 10 | 20 |
| Fiebre y diarreas | 8 | 16 |
| Diarreas | 5 | 10 |
| Vómitos | 4 | 8 |
| Retención urinaria | 1 | 2 |
| Desnutrición | 1 | 2 |
| Total | 50 | 100 |

TABLA 4. Examen físico

| Examen físico | No. de casos | % |
|---------------|--------------|------------|
| Normal | 32 | 64 |
| Desnutrido | 1 | 2 |
| Fimosis | 17 | 34 |
| Total | 50 | 100 |

El 96 % de los urogramas y el 94 % de las urocistografías fueron normales (tabla 7).

Malformaciones encontradas: en el urograma, 2 con pelvis y uréter doble; en la cistografía, 3 con estrechez del meato.

El ampicillin fue el más utilizado en la serie estudiada (54 %), le siguen el cloranfenicol (16 %) y la sulfa (14 %) (tabla 8).

TABLA 5. Exámenes complementarios

| Exámenes complementarios | Normal | | Patológico | |
|--------------------------|--------|----|------------|-----|
| | No. | % | No. | % |
| Cituria | 13 | 26 | 37 | 74 |
| Urocultivo | 0 | 0 | 50 | 100 |

TABLA 6. Urocultivo

| Gérmes aislados | No. de casos | % |
|---------------------|--------------|----|
| <i>E. coli</i> | 27 | 54 |
| <i>Proteus</i> | 17 | 34 |
| <i>Estafilococo</i> | 3 | 6 |
| <i>Klebsiella</i> | 3 | 6 |

TABLA 7. Urogramas y cistografía

| Urogramas y cistografía | Normales | | Patológicos | |
|-------------------------|----------|----|-------------|---|
| | No. | % | No. | % |
| Urogramas | 48 | 96 | 2 | 4 |
| Cistografía | 47 | 94 | 3 | 6 |

TABLA 8. Antibióticos usados

| Antibióticos | No. de casos | % |
|-----------------|--------------|----|
| Ampicillin | 27 | 54 |
| Cloranfenicol | 8 | 16 |
| Sulfa | 7 | 14 |
| Nitrofurantoina | 6 | 12 |

Se observa que el mayor número de casos que curaron recibió tratamiento por espacio menor de 3 meses, sólo se utilizó por mayor tiempo en 5 casos (10 %), en los pacientes con malformaciones congénitas (tabla 9).

TABLA 9. Tratamiento (tiempo)

| Tiempo | No. de casos | % |
|---------|--------------|----|
| 21 días | 20 | 40 |
| 14 días | 14 | 28 |
| 3 meses | 11 | 22 |
| 6 meses | 5 | 10 |

CONCLUSIONES

1. Esta enfermedad se observa con mayor frecuencia en el grupo etario mayor de 6 meses, con 23 casos (46 %).
2. El sexo predominante es el masculino con 34 casos (68 %).
3. El motivo más frecuente de ingreso fue la fiebre en 21 casos (42 %); le sigue la fiebre acompañada de trastornos gastrointestinales con 16 y 10 % respectivamente.
4. En cuanto al examen físico fue normal en el mayor número de casos (64 %).
5. No es significativo la afectación del estado nutricional de la serie estudiada (2 %).
6. El urocultivo fue positivo en el 100 % de los casos, no así la cituria, que solamente lo fue en el 74 %.
7. Los gérmenes más frecuentes aislados fueron *E. coli* en 27 casos (54 %) y el *Proteus* en 17 casos (34 %).
8. El 96 % de los urogramas realizados y el 94 % de la uretrocistografía miccionales fueron normales.
9. El antibiótico más usado fue el ampicilín y el cloranfenicol (54 y 16 % respectivamente).
10. El tratamiento lo utilizamos en el mayor número de casos por menos de 3 meses (90 %).

11. Del total de casos con cultivo + a *Proteus*, 14 casos (82 %) presentaron fimosis.
12. Los urocultivos de dichos casos después del tratamiento y reducida la fimosis, fueron negativos en corto tiempo.
13. La fimosis debe resolverse por medio de dilatación o quirúrgicamente, para evitar así la seudosepsis urinaria.
14. Debe insistirse en la buena relación médico-paciente-familia, pues al saber éstos la importancia del tratamiento continuo en la tal entidad, evitarían complicaciones irreversibles.
15. La evolución fue satisfactoria; no hubo fallecimientos en la serie estudiada.

SUMMARY

Fifty patients under one year old, hospitalized in our Assistance Unit, from November 1982 to November 1984, with diagnosis of urinary sepsis, are studied. According to our casuistic, it is considered that urinary sepsis is more frequent observed in the male sex and in infants older than six months. Physical examination is negative in a high percentage of patients; urocultures were positive in 100 % of the cases. Treatment is not needed for more than three months if it is systematically administered. Genitourinary abnormalities as breaking out cause of urinary sepsis in the feeding on milk infants are not frequent.

RESUME

L'étude a porté sur 50 malades âgés de moins d'un an hospitalisés dans notre unité pendant la période comprise entre novembre 1983 et novembre 1984 avec le diagnostic de sepsie urinaire. A partir de l'analyse de cette série, on considère que cette infection est plus fréquente dans le sexe masculin et après l'âge de 6 mois. L'examen physique a été négatif dans un haut pourcentage de cas, tandis que les urocultures ont été positives dans 100 % des cas. Il ne faut pas que le traitement dépasse les 3 mois s'il est pratiqué d'une forme continue. Les anomalies génito-urinaires ne sont pas fréquentes comme cause déclenchant la sepsie urinaire chez le nourrisson.

BIBLIOGRAFIA

1. *Timothy A. et al.*: Las infecciones urinarias en el niño. *Clin Pediatr Norteam* 2: 315-324, 1983.
2. *Cruz, M. et al.*: Tratamiento de Pediatría. 5 ed. Barcelona, Espaxs, 1983. Pp. 1242-1252.
3. *Nelson, W. et al.*: Tratado de Pediatría. 7ma ed. La Habana, Científico-Técnica. T. I. Ed. Revolucionaria, 1981. Pp. 1294-1298.
4. *Morales, S. C.*: Sepsis urinaria en un área de Salud. *Rev Cubana Ped* 51: 215-223, junio, 1979.

5. *Shapera, R. M.; J. M. Matsen*: Tratamiento de las infecciones del tracto urinario en niños, con ácido oxolinico. La Habana, Actualidad en Pediatría. Serie Información Temática 7, 1978. Pp. 3-56.
6. *Conn, H. F. et al.*: Terapéutica. La Habana, Científico-Técnica, 1983. PP. 595-613.
7. *Bodley Scott et al.*: Tratamiento de Medicina Interna. Vol. 2. Barcelona, Espaxs, 1982. Pp. 1391-1397.
8. *Black, D. A. K.*: Enfermedades del riñón. I. Barcelona, Espaxs, 1970. Pp. 141-398.
9. *Campbell M. F.*: Urology. 2da ed., T. 1. La Habana, Instituto Cubano del Libro, 1963. Pp. 939-2669.
10. *Valls Pérez O. et al.*: Radiología de vías urinarias, Ginecología y Obstetricia. La Habana, Científico-Técnica, 1983. Pp. 140-145.

Recibido: 5 de marzo de 1987. Aprobado: 22 de abril de 1987.

Dr. *Félix Cruz Romero*, Hospital Pediátrico «Leonor Pérez», Calle 307 esquina a Final, Reparto Lutgardita, Municipio Boyeros, Ciudad de La Habana, Cuba.