



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA**

INFORME DE INVESTIGACION SOBRE:

**“PREVALENCIA DE PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES CON INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO 2011-JUNIO 2012”**

Requisito previo para optar por el título de Médico

**Autora:** Mesías Molina, Lucetty Yoled

**Tutor:** Dr. Donoso Garcés, Carlos Marcelo

**Ambato - Ecuador**

**Diciembre, 2013**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

**“PREVALENCIA DE PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES CON INFECCION DE VIAS URINARIAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA EN EL PERIODO JUNIO 2011-JUNIO 2012”**, de Mesías Molina Lucetty Yoled, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Junio del 2013

EL TUTOR

.....  
Dr. Carlos Marcelo Donoso Garcés

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación **“PREVALENCIA DE PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES CON INFECCION DE VIAS URINARIAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA EN EL PERIODO JUNIO 2011-JUNIO 2012”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Junio del 2013

LA AUTORA

.....  
Lucetty Yoled Mesías Molina

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales, de mi tesis confines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice presentando mis derechos de autora.

Ambato, Junio del 2013

AUTORA

.....  
Lucetty Yoled Mesías Molina

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“PREVALENCIA DE PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES CON INFECCION DE VIAS URINARIAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA EN EL PERIODO JUNIO 2011-JUNIO 2012”**, de Lucetty Yoled Mesías Molina, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Diciembre del 2013

Para constancia firman

.....  
PRESIDENTE/A

.....  
1er. VOCAL

.....  
2do. VOCAL

## **DEDICATORIA**

Este trabajo está dedicado especialmente a mis padres y a mis abuelitos, ya que gracias a su esfuerzo y sacrificio diario me ayudaron para nunca rendirme en los momentos más difíciles, puesto que con todo su amor y cariño supieron darme fuerzas para mantenerme constante en conseguir mis metas.

Fueron mi principal fuente de inspiración en mi vida profesional y personal.

Las gracias se las doy a mis padres por inculcarme todos los valores desde mi infancia para ser una persona de bien, por depositar en mi toda su confianza y apoyo, por aconsejarme diariamente para de esta manera disfrutar de esta nueva etapa en mi vida.

Lucetty

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por permitirme escribir cada una de estas palabras, por siempre haberme brindado la fuerza necesaria para culminar esta etapa en mi vida a pesar de tantas dificultades que se me presentaron.

Agradezco a mis padres, a mis abuelitos y a toda mi familia por darme siempre su apoyo y confianza incondicional, por estar junto a mí en los momentos más difíciles y por todo el amor y cariño que me brindan día a día.

A mi Tutor el Dr. Carlos Donoso, quien con sus conocimientos supo guiarme en el proceso de desarrollo de la Tesis.

A mi querida Facultad y a mis maestros que fueron más que docentes, amigos por impartir el conocimiento durante todo el tiempo que duro mi carrera, lo cual me ayudará y guiará en mi vida profesional y personal.

A mis amigos por depositar en mí su apoyo, amistad y confianza en todo momento dentro de nuestra etapa universitaria y fuera de ella.

Lucetty

## ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

### A. Páginas Preliminares

	<b>Página</b>
Portada.....	i
Aprobación por el tutor.....	ii
Autoría del trabajo de grado.....	iii
Derechos del autor.....	iv
Aprobación del jurado examinador.....	v
Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento.....	vii
Índice general.....	viii
Índice de cuadros tablas, gráficos, figuras.....	xii
Resumen ejecutivo.....	xiv
Executive summary.....	xvi

### ÍNDICE CONTENIDO

Introducción.....	1
-------------------	---

### CAPÍTULO I PROBLEMA

1.1. Tema de Investigación.....	4
1.2. Planteamiento del Problema.....	4
1.2.1. Contextualización.....	4
1.2.2. Análisis crítico.....	10
1.2.3. Prognosis.....	14
1.2.4. Formulación del problema.....	14



1.2.5. Preguntas directrices .....	15
1.2.6. Delimitación del problema.....	15
1.3. Justificación.....	16
1.4. Objetivos .....	17
1.4.1. Objetivo general.....	17
1.4.2. Objetivos específicos .....	17

## **CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO**

2.1. Antecedentes investigativos .....	19
2.2. Fundamentaciones.....	25
2.2.1. Fundamentación filosófica.....	25
2.2.2. Fundamentación legal .....	26
2.3. Categorías fundamentales .....	30
2.3.1. Visión Dialéctica de Conceptualizaciones de Variables.....	30
2.3.2. Gráficos de Inclusión Interrelacionados .....	33
2.3.3. Fundamentación teórica.....	36
2.6. Hipótesis.....	75
2.7. Señalamiento de variables .....	75

## **CAPÍTULO III. METODOLOGÍA**

3.1. Enfoque .....	76
3.2. Modalidad básica de la investigación.....	76
3.2.1. De campo .....	77
3.2.2. Bibliográfica documental.....	77
3.2.3. Transversal.....	78
3.2.4. Retrospectiva .....	78
3.3. Nivel de investigación .....	78
3.3.1. Descriptiva.....	78
3.3.2. Crítico .....	79

3.3.3. Propositivo .....	79
3.3.4. Analítico.....	79
3.3.3. Asociación de Variables .....	79
3.4. Población y muestra .....	80
3.4.1. Población .....	80
3.4.2. Criterios de Inclusión y Exclusión.....	80
3.4.3. Aspectos éticos .....	81
3.5. Operacionalización de variables.....	82
3.5.1. Variable independiente .....	82
3.5.2. Variable dependiente .....	83
3.6. Plan de recolección de información .....	84
3.7. Métodos de Análisis aplicados a la investigación .....	85
3.7.1. Plan de procesamiento de la información .....	86
3.7.2. Plan e interpretación de resultados .....	86
3.8. Criterios Éticos Aplicados en la Investigación .....	86

#### **CAPÍTULO IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

4.1. Análisis de los resultados .....	87
4.1.1. Condición Sociodemográfica.....	87
4.1.2. Antecedentes Gineco-Obstétricos.....	90
4.2. Verificación de la hipótesis .....	96

#### **CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1. Conclusiones .....	97
5.2. Recomendaciones.....	98

#### **CAPÍTULO VI. PROPUESTA**

6.1. Datos informativos .....	99
6.1.1. Título.....	99

6.1.2. Autora .....	100
6.1.3. Institución .....	100
6.1.4. Ubicación.....	100
6.1.5. Beneficiarios .....	100
6.1.6. Tiempo de ejecución.....	100
6.1.7. Equipo de ejecución.....	100
6.1.8. Presupuesto .....	100
6.1.9. Económico .....	102
6.2. Antecedentes de la propuesta .....	102
6.3. Justificación.....	103
6.4. Objetivos .....	104
6.5. Análisis de factibilidad.....	104
6.6. Fundamentación .....	105
6.7. Metodología y modelo operativo .....	110
6.8. Administración.....	111
6.9. Previsión de la evaluación.....	111

## **C. MATERIALES DE REFERENCIA**

1. Referencias bibliográficas.....	121
2. Anexos.....	128
Anexo 1 Solicitud de Autorización del manejo de información hospital .	129
Anexo 2 Autorización del hospital para recolección de la información...	130
Anexo 3 Formulario de investigación sobre parto pretérmino .....	131
Anexo 4 Flujograma de manejo y toma de decisiones .....	132
Anexo 5 Respaldo Fotográfico .....	133

## **ÍNDICE DE CUADROS**

Cuadro #.1 Norma y Protocolo del MSP-Ecuador.....	2
Cuadro #.2 Factores de riesgo para parto pretermino .....	66

Cuadro #.3 Población .....	80
Cuadro #.4 Operacionalización de variable: Independiente.....	82
Cuadro #.5 Operacionalización de variable: Dependiente .....	83
Cuadro #.6 Plan de recolección de la información .....	85

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla #.1 Distribución según los grupos etarios en el HPGL .....	87
Tabla # 2.Distribución según el nivel mde instrucción .....	88
Tabla #.3 Distribución según el tipo de prematuridad en base a la edad gestacional.....	91
Tabla # 4 Distribución según el numero de controles prenatales.....	92
Tabla #.5 Distribución controles prenatales y edades. ....	93
Tabla #.6 Distribución controles prenatales y nivel de instrucción .....	93
Tabla #.7 Distribución controles prenatales y procedencia.....	94
Tabla #, 8 Distribución según diagnóstico definitivo y grupos etarios .....	94
Tabla # 9 Recurso Humano .....	101
Tabla # 10 Recurso Material .....	102
Tabla #.11 Recurso Económico .....	102

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico #.1 Árbol de Problemas.....	11
Gráfico #.2 Categorías Fundamentales-Inclusiones Interrelacionadas .....	33
Gráfico #.3 Superordenación Conceptual Inicial Variable Independiente.....	34
Gráfico #.4 Superordenación Conceptual Inicial Variable Dependiente .....	35
Gráfico #.5 Distribución según lugar de procedencia .....	89
Gráfico #.6 Antecedentes gestacionales.....	90
Gráfico #.7 Distribución según el grado de prematuridad .....	95
Gráfico #.8 Distribución según parto pretérmino o amenaza.....	96

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura #.1 Vaginitis atrófica.....	37
Figura #.2 Infecciones vaginales .....	38
Figura #.3 Infecciones vaginales pacientes embarazadas .....	40
Figura #.4 Parto Pretermino inmaduro.....	59
Figura #.5 Infección estreptococo asintomática en el neonato.....	67

**UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA**

“PREVALENCIA DE PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES CON INFECCION DE VIAS URINARIAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA EN EL PERIODO JUNIO 2011-JUNIO 2012”,

**Autora:** Mesías Molina, Lucetty Yoled

**Tutor:** Dr. Donoso Garcés, Carlos Marcelo

**Fecha:** Junio del 2013

**RESUMEN**

La presente investigación fue realizada en la ciudad de Latacunga, provincia de Cotopaxi, desarrollada en un entidad de segundo nivel de atención, según los estándares del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, el ideal de la presente, es conocer la prevalencia de partos pretérmino en mujeres embarazadas con infección de vías urinarias y qué relación existe en la identificación de esta patología en los controles prenatales de la salud en la mujer gestante, lo cual que repercute en el índice de prematuridad en el Hospital Provincial General de Latacunga en el periodo Junio 2011 – Junio 2012.

**METODOS:** se usó un diseño descriptivo retrospectivo, con 196 sujetos, pacientes embarazadas ingresadas con diagnóstico de infección de vías urinarias en el Hospital Provincial General de Latacunga en el período comprendido Junio 2011 – Junio 2012. El Análisis estadístico se realizó mediante el programa EPIinfo 2007 donde se obtuvo porcentajes, la fórmula del Chi-cuadrado ( $X^2$ ), razón de momios (OR).

**RESULTADOS:** la prevalencia de parto pretérmino en el grupo estudiado fue del 13% donde el 47% tienen nivel de instrucción secundaria, el 65% de las pacientes son primigestas, provienen de zona urbana el 76%, el 59% de las pacientes se han realizado entre 1 y 5 controles prenatales. La edad gestacional que predomina el parto pretérmino es entre 31 y 36,6 semanas con un 82%.

**CONCLUSIONES:** La infección de vías urinarias es una patología asociada al parto pretérmino en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital Provincial General de Latacunga.

El parto pretérmino se da principalmente en embarazadas primigestas y con edad gestacional entre 35-36,6 semanas, el nivel de instrucción no se relaciona con el número de controles prenatales, la mayoría de las pacientes provienen del sector urbano de la provincia, el parto pretérmino se da en pacientes entre 20 a 34 años de edad.

**PALABRAS CLAVES:** PARTO\_PRETÉRMINO, INFECCIÓN\_URINARIA, GESTANTES, PREMATURIDAD, CONTROL\_PRENATAL.

**TECHNICAL UNIVERSITY AMBATO**  
**FACULTY OF HEALTH SCIENCES**  
**MEDICAL CAREER**

**“PRETERM PREVALENCE OF PATIENTS WITH URINARY TRACT  
INFECTION IN GYNECOLOGY-OBSTETRICS AREA OF PROVINCIAL  
GENERAL HOSPITAL IN THE PERIOD JUNE LATACUNGA 2011-June  
2012 ”**

**Author:** Mesías Molina, Lucetty Yoled

**Tutor:** Dr. Donoso Garcés, Carlos Marcelo

**Date:** June 2013

**SUMMARY**

This research was conducted in the city of Latacunga, Cotopaxi province , developed a body of secondary care , by the standards of the Ministry of Public Health of Ecuador , the ideal of the present , to determine the prevalence of preterm births pregnant women with urinary tract infection and what relationship exists in the identification of this pathology in antenatal health in pregnant women , which it affects the rate of prematurity in the Provincial General Hospital in Latacunga in the period June 2011 - June 2012.

**METHODS:** A retrospective descriptive design was used, with 196 subjects , pregnant patients admitted with a diagnosis of urinary tract infection in the Provincial General Hospital in Latacunga in the period June 2011 - June 2012. Statistical analysis was performed using EpiInfo 2007 program where percentages are obtained , the formula for Chi - squared (  $\chi^2$  ) , odds ratio ( OR ) .



**RESULTS:** The prevalence of preterm delivery in the study group was 13% where 47 % had secondary level education, 65 % of patients are nulliparous, come from urban areas , 76% , 59 % of patients have performed between 1 and 5 prenatal visits. The gestational age preterm labor is predominantly between 31 and 36.6 weeks with an 82 %.

**CONCLUSIONS:** Urinary tract infection is a disease associated with preterm labor in the service of Obstetrics and Gynecology at the Provincial General Hospital in Latacunga.

Preterm birth occurs mainly in first pregnancy and with gestational age between 35 to 36.6 weeks, the level of education is not related to the number of prenatal visits, most patients are from the urban areas of the province, childbirth preterm occurs in patients between 20-34 years of age.

**KEYWORDS:** BIRTH\_PRETERM, INFECTION\_URINARY, PREGNANT, PREMATURE, PRENATAL\_CONTROL.

## INTRODUCCIÓN

Las infecciones de vías urinarias es un problema de salud que afecta a las mujeres, especialmente a las gestantes dejando como consecuencia un riesgo de salud a la madre como al producto, que se muestra notablemente en el nacimiento con un parto pretérmino y bajo peso al nacer.

Al enfocar este problema nos damos cuenta de la gran importancia que tiene, ya que día a día las gestantes se ven más afectadas por este problema de salud, éste trabajo investigativo coadyuvará a educar en ésta población, considerando que el tema es de gran valor, porque esta patología está afectando a nuestro país y también a nivel mundial.

Se ha realizado éste trabajo de investigación con el propósito de conocer los factores que influyen en las infecciones de vías urinarias y así tomar medidas que nos permitan mejorar su estado de salud, teniendo en cuenta que el desconocimiento y la automedicación por parte de las embarazadas son las principales causas que sitúan en riesgo la salud materna y fetal.

Al haber ejecutado la investigación sobre los factores que influyen en las infecciones de vías urinarias en las mujeres embarazadas y empleo del autocuidado se observa que las gestantes adquieren estos malos hábitos debido a la escasa y casi nada educación que poseen, por su desconocimiento acerca de los hábitos de higiene que deben de tener.

Existen algunos métodos para determinar la edad gestacional (EG) del recién nacido ya sean de forma intra o extrauterina, basados en varias características que se han ido evidenciando al paso del tiempo, pero ésta investigación se guiará por la edad gestacional del recién nacido (RN) de acuerdo a la fecha de la última menstruación (FUM).

La Organización Mundial de Salud (OMS), define al Parto Pre-término como aquel nacimiento de más de 20 semanas y menos de 37 semanas de gestación.

En la Norma y Protocolo Neonatal del Ministerio de Salud Pública (MSP) de Ecuador vigente hasta la actualidad en el capítulo de recién nacido prematuro establece una subdivisión que va de la siguiente forma:

<b>RN Prematuro</b>	<b>Recién nacido con edad gestacional menor de 37 semanas.</b>
<b>RN Prematuro leve</b>	Recién nacido con edad gestacional de 35 – 36 semanas, 6 días
<b>RN Prematuro moderado</b>	Recién nacido con edad gestacional de 32 – 34 semanas, 6 días
<b>RN Prematuro grave</b>	Recién nacido con edad gestacional menor a 32 semanas.

Cuadro N°.1 Norma y Protocolo del MSP-Ecuador  
Investigado por: MESÍAS, M. Lucetty Yoled (2013)

De este mismo modo, se estima según la clasificación de la OMS, que el 5% de los partos pretérmino se producen antes de las 28 semanas constituyendo la prematuridad extrema.

El término pretérmino no implica valoración de madurez, como lo hace prematuro, aunque en la práctica ambos términos se usan indistintamente.

La mayor parte de la morbilidad afecta a los RN “muy pretérmino”, cuya EG es inferior a 32 s. y especialmente a los “pretérmino extremos” que son los nacidos antes de la semana 28 de EG.

La dificultad de conocer inequívocamente la EG, justificó el uso del peso al nacimiento como parámetro de referencia, para clasificar al neonato como “bajo peso al nacimiento” el inferior a 2.500 gr. y los subgrupos de “muy bajo peso al nacimiento” a los de peso inferior a 1500 gr. y de “extremado bajo peso” al inferior a 1000 gr.

Al establecer la relación entre los parámetros de peso y EG, podemos subdividir a la población de pretérminos, en peso elevado, peso adecuado y bajo peso para su EG, situación que condicionara la probabilidad de determinada morbilidad postnatal.

**Rellan, S. (2005)**

En la etiología de la infección de vías urinarias las enterobacterias ocupan los primeros lugares, seguidas de los estafilococos y los entero cocos. Dentro de las entero bacterias, la *Escherichiacolies* la más frecuente, en más del 90% de los casos, seguido de *Klebsiellasp* y *Proteussp*. **Estrada, A. (2010)**

En el Hospital Provincial General de Latacunga los estudios basados en éste tema se han ido desactualizado con el pasar del tiempo. Por tal razón es pertinente realizar la presente investigación que está orientada a identificar la prevalencia de la infección de vías urinarias dentro de las complicaciones que presentan las pacientes con parto pretérmino, siendo ésta la condición que predispone a un alto riesgo de morbilidad materno infantil.

Con el propósito de tomar estrategias de capacitación y prevención para el manejo de una paciente con estas características, y así poder proteger al sector vulnerable de la población, esta investigación coadyuvará a prevenir las infecciones de vías urinarias y con ello proporcionarles una mejor calidad de vida tanto a la gestante como al recién nacido.

Se espera que el presente trabajo constituya un aporte para la provincia de Cotopaxi, de tal manera que la investigación sirva como un precedente para la oportuna intervención del ente de salud en los diferentes niveles de atención médica pública o privada en los cuales se tenga pacientes con este diagnóstico, a fin de evitar contratiempos posteriores.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

##### **1.1.TEMA DE INVESTIGACIÓN**

“Prevalencia de parto pretérmino en pacientes con infección de vías urinarias en el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General de Latacunga en el período Junio 2011- Junio 2012”

##### **1.2.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La infección de vías urinarias influye en la prevalencia de parto pretérmino en las pacientes del Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General de Latacunga.

###### **1.2.1. Contextualización**

###### **1.2.1.1. Macro**

El parto pretérmino es la principal causa de mortalidad neonatal y morbilidad neurológica a corto y largo plazo. En las últimas décadas, el mundo y la salud han acumulado una importante experiencia en el conocimiento sobre la atención que se debe brindar a mujeres con graves complicaciones del embarazo. Las infecciones de

vías urinarias pueden presentarse desde su inicio y su repercusión podría ser perjudicial para la vida de la madre y más aún para la vida del recién nacido, una de ellas es las infecciones de vías urinarias, que está presente desde el inicio de la gestación que puede o no tener síntomas dependiendo del tipo de infección de vías urinarias y puede conllevar al parto prematuro, y con ello a complicaciones materno – fetales. **(Hittil -2005)**.

Las infecciones de vías urinarias pueden presentarse desde el inicio del embarazo y su repercusión podría ser perjudicial para la vida de la madre y más aún para la vida del recién nacido. Está puede o no tener síntomas dependiendo del tipo de infección de vías urinarias que pueden conllevar al parto pretérmino, y con ello a complicaciones materno – fetales.

Si este problema no se trata adecuadamente por medio de la aplicación de promoción, prevención y tratamiento, a través de todo el personal de salud, creando un compromiso que avale una adecuada atención de salud para garantizar embarazos, partos y nacimientos seguros.

El 20% de las embarazadas presentan una infección de vías urinarias bajas (IVU baja) en el curso de la gestación. Un 10% de los ingresos hospitalarios en gestantes se deben a infecciones de vías urinarias. **Cabrero, R. (2007)**.

Los datos utilizados sobre las tasas de prematuridad a nivel mundial se extrajeron a lo largo de una revisión sistemática anterior de datos publicados e inéditos sobre la mortalidad y morbilidad maternas notificados entre 1997 y 2002. Esos datos se complementaron mediante una búsqueda que abarcó el periodo 2003–2007. Las tasas de prematuridad de los países sin datos se estimaron mediante modelos de regresión múltiple específicos para cada región.

Se estima que en el año 2005 se registraron 12,9 millones de partos prematuros, lo que representa el 9,6% de todos los nacimientos a nivel mundial. Aproximadamente 11 millones (85%) de ellos se concentraron en África y Asia, mientras que en Europa y América del Norte (excluido México) se registraron 0,5 millones en cada caso, y en América Latina y el Caribe, 0,9 millones. Las tasas más elevadas de prematuridad se dieron en África y América del Norte (11,9% y 10,6% de todos los nacimientos, respectivamente), y las más bajas en Europa (6,2%). El parto prematuro es un problema de salud perinatal importante en todo el mundo. Los países en desarrollo, especialmente de África y Asia meridional, son los que sufren la carga más alta en términos absolutos, pero en América del Norte también se observa una tasa elevada. Es necesario comprender mejor las causas de la prematuridad y obtener estimaciones más precisas de la incidencia de ese problema en cada país si se desea mejorar el acceso a una atención obstétrica y neonatal eficaz. **Beck, S. (2010)**

El objetivo es identificar un grupo de riesgo sobre el cual poder actuar preventivamente. De igual forma que parece haber unos factores causales que determinan el inicio del parto pretérmino

#### **1.2.1.2. Meso**

En el Ecuador los cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE), son un conjunto de atenciones a las cuales deben tener acceso todas las mujeres embarazadas, puérperas y los recién nacidos, que son fundamentales para salvar las vidas de madres y recién nacidos. La estrategia CONE consiste en asegurar que todas las madres y recién nacidos tengan acceso las 24 horas de día los 365 días del año, a los cuidados obstétricos esenciales de calidad. **Paredes, M. (2008).**

Pero esto no se cumple a cabalidad ya sea por desconocimiento o desinformación acerca de los servicios de salud que se presentan para la mujer embarazada, además dentro del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, se hallan normas que deben

cumplirse dentro del control prenatal donde se ve inmersa la valoración y detección oportuna de las infecciones de vías urinarias además de su tratamiento para lograr así la prevención del parto pretérmino y la disminución de esta patología.**MSP –E. (2008)**

En el Ecuador tomando como referente al Componente Normativo Materno Fetal del Ministerio de Salud Pública (2008), se constata que cada año aproximadamente unas 300.000 mujeres se embarazan, pero no todas ellas recibirán una atención de calidad como les corresponde de acuerdo a sus derechos ciudadanos. Por ejemplo, en el período 2004 – 2008 apenas un 57,5 % de mujeres cumplieron con la norma del MSP de realizarse al menos cinco controles prenatales; alrededor del 20% de las embarazadas han presentado alguna forma de infección de vías urinarias, lo que conlleva a contracciones uterinas momento en el cual es cuando muchas pacientes tienen su primer control prenatal. Todo esto ha llevado a hospitalización para un tratamiento protocolizado de la paciente lo que influye directamente el ámbito psico-emocional de la paciente. **Paredes, M. (2008).**

El cuidado al desarrollo del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuye sustancialmente el riesgo de muerte tanto materna como perinatal y propicia una adecuada atención del parto y por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos en los periodos inmediatamente posteriores al nacimiento.

En Ecuador según el INEC (Instituto Nacional de Estadística en el 2009 las Infecciones de Vías Urinarias son un problema de salud que se ubica en el octavo puesto con una tasa de 10.3% en las mujeres con relación a las diez principales causas de morbimortalidad. En la provincia de Cotopaxi la incidencia de casos de la enfermedad se ha ido incrementando en los últimos años. En el Cantón Latacunga datos según el INEC publicados en el 2012 las infecciones de vías urinarias se ubica



en el segundo puesto con una tasa de 5.86% en las mujeres con relación a las diez principales causas de morbilidad. (Hospital Provincial General de Latacunga, 2012). La infección de vías urinarias en el embarazo se debe convertir en una de las prioridades del control prenatal ya que reportes de tratamiento de las bacteriurias en el embarazo se relacionan con una disminución entre un 10 y un 20% de prematuridad y de una reducción de bajo peso al nacer. **Yáñez, N. (200)**

### **1.2.1.3. Micro**

En la provincia de Cotopaxi, esta problemática se ha presentado a través del tiempo con mayor prevalencia por el aumento de los embarazos en adolescentes, las cuales demuestran una mayor despreocupación por su estado gestante, ya que cursan por una etapa de desarrollo tanto físico como psicológico inmaduro, lo cual les lleva a enfrentar una serie de problemas en la fisiología normal del embarazo y en la fisiología normal de su desarrollo psico-social. Por otra parte un diferente sector vulnerable de la sociedad Cotopaxense es el analfabeto o con baja escolaridad en el sector rural, al que se enfrentan los médicos al examinar una paciente, ya que las mujeres gestantes con un nivel de educación medio alto, son capaces de captar las indicaciones que el profesional de la salud les da, a fin de conseguir un bienestar integral en su etapa de gestante propiamente dicha, mientras que una persona que no ha tenido un nivel de preparación adecuada no logrará captar la misma idea en su totalidad.

El Ministerio de Salud Pública implemento herramientas para una mejor atención de la paciente gestante, esto se empezó a emplear en todas las instituciones de salud, en los cuales se proporcionaba una calidad de atención más adecuada para la población del país. **MSP -E. (2009)**

Teniendo en cuenta dichos antecedentes se realizó un trabajo investigativo en el Hospital Provincial General de Latacunga, siendo una unidad Operativa de los cinco

subcentros de Salud existente en la ciudad de Latacunga, este Hospital se encuentra ubicado en las calles: Hermanas Páez y Dos de Mayo. Teléfonos: 03(2) 800331 / 03(2) 800332, cuenta con médicos y un rural en Medicina General, una enfermera rural, una auxiliar en enfermería, dos odontólogos, una obstetricia y un estadístico equipo multidisciplinario que brindan atención ambulatoria al individuo, familia y comunidad. Los datos que se necesitaron en la investigación fueron proporcionados con la aplicación de una encuesta a las mujeres identificando las variables, el grado de conocimiento, grupo etario, socio cultural, el aspecto económico y así se realizará acciones de promoción y educación de la salud.

Por lo expuesto se considera que la embarazada debe someterse a controles mensuales de su estado, desde el momento aquel en el que se llega a enterar de su embarazo, la recomendación principal es acudir oportunamente al establecimiento de salud pública más cercano, para verificar el bienestar del producto de la gestación, que su crecimiento y desarrollo sean adecuados, además de investigar si existen enfermedades tanto en la madre como en su embrión o feto, que pueden conllevar a una alta morbilidad. El deber de la mujer embarazada y por lo tanto de la ciudadana ecuatoriana es cumplir y hacer cumplir los derechos y obligaciones establecidos en las leyes de la Constitución Ecuatoriana, ésta tiene como prioridad velar por la salud integral del ser humano en gestación y de la suya individual exactamente por igual.

En la ciudad de Latacunga se han hecho estudios encaminados a determinar la prevalencia de infección de vías urinarias en la mujer embarazada y su relación con el parto pretérmino, además de la repercusión que esta enfermedad causa en la salud de las gestantes.

Lo que no se ha investigado a profundidad es el motivo por el cual las mujeres gestantes a pesar de acudir a sus controles prenatales, no tienen registrado el examen de orina en todos los casos, esto se puede ver reflejado en el ítem del carnet prenatal

que lleva cada embarazada, donde se marca si se realizó o no un examen elemental y microscópico de orina.

### **1.2.2. Análisis Crítico**

Esta investigación se va a llevar a cabo en el Hospital Provincial General de Latacunga, para determinar, si las infecciones de vías urinarias son la causa principal de amenaza de parto pretérmino.

La falta de prevención del embarazo es lo que conlleva no sólo a la presencia de APP, sino también a la presencia de muchas otras patologías tanto maternas como infantiles a esto se suma la falta de información sobre la importancia de los controles prenatales.

Este proyecto será de mucha importancia ya que gracias al mismo se podrá determinar las fortalezas y defectos en la atención brindada por parte del personal médico en su prevención diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

Las personas las cuales se van a beneficiar van a ser las usuarias de dicha institución ya que en el caso de determinar si es la principal causa de la amenaza de parto pretérmino, se tratara de corregir o mejorar la atención a la mujer embarazada en su etapa prenatal, y a su vez a sus hijos.

Para una mejor ilustración se propone el siguiente árbol de problemas:

## ÁRBOL DE PROBLEMAS

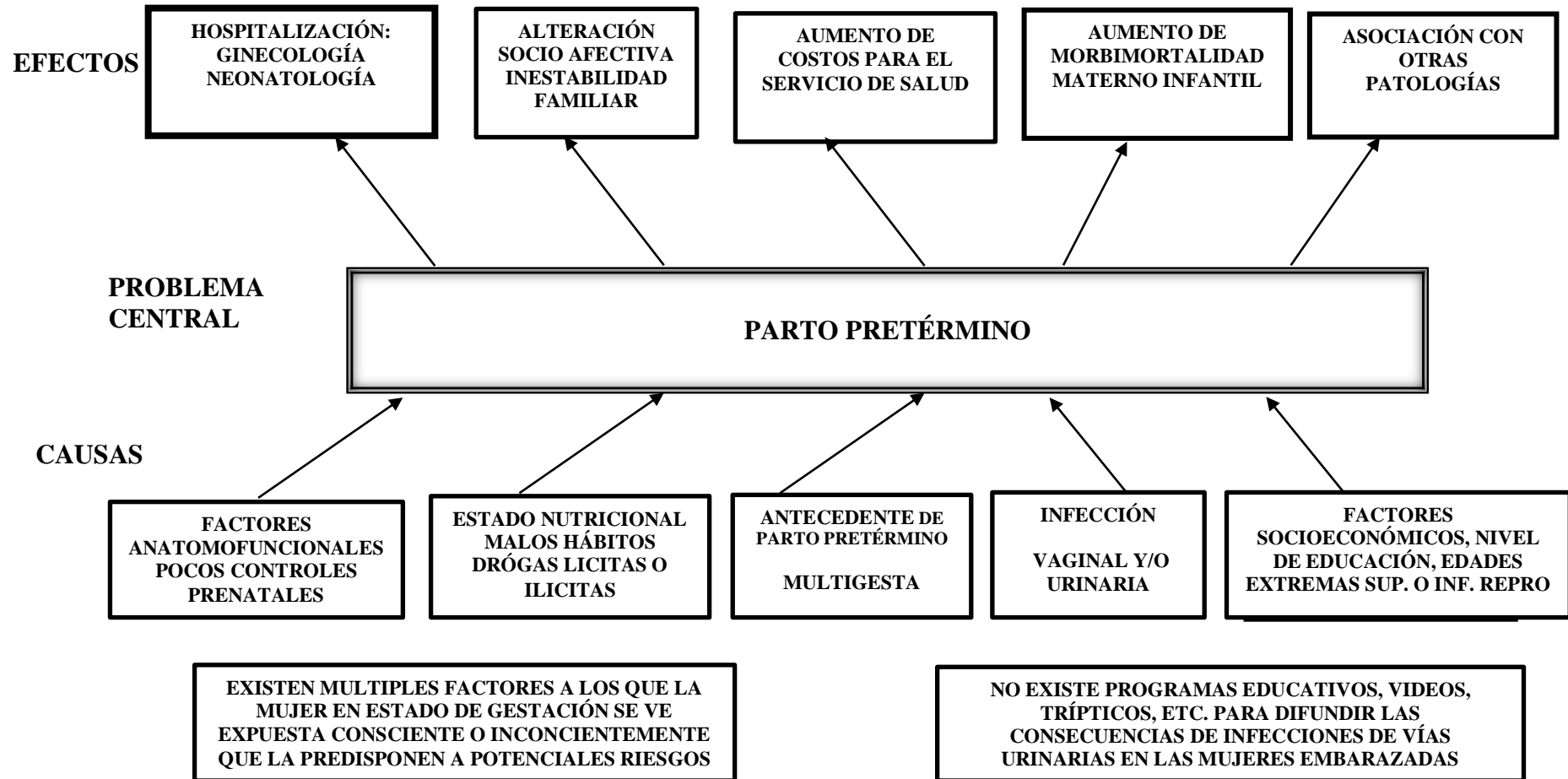


Gráfico N°.1. Árbol de Problemas  
Elaborado Por: MESÍAS, M. Lucetty Yoled (2013).

### **Relación causa-efecto**

Hay muchas causas relacionadas con los nacimientos prematuros entre las cuales de los factores anatomofuncionales se destacan: la activación endocrina fetal precoz, sobredistensión uterina, hemorragia decidual intrauterina, preeclampsia, diabetes gestacional, polihidramnios, oligohidramnios, placenta previa y restricción del crecimiento intrauterino fetal; donde el control prenatal deficiente no puede identificarlas a tiempo. El estado nutricional también influye ya que la obesidad o la desnutrición materna las pone en riesgo de parto pretérmino así como también los malos hábitos como el consumo de cigarrillos, alcohol o drogas ilícitas durante el embarazo.

Otros factores de riesgo son: antecedentes de partos pretérminos, estar embarazada con más de un bebé (mellizos, trillizos o multigesta), un periodo intergenésico menor o igual a 6 meses, el uso de medicamentos de fertilidad que estimula el ovario para liberar varios huevos y la fecundación in vitro con transferencia de embriones múltiples ha sido implicado como un factor importante en los partos pretérminos. Problemas crónicos de salud en la madre, como presión arterial alta, diabetes, trastornos de la coagulación, asma, enfermedades de la glándula tiroides, cáncer, enfermedades cardíacas y venas varicosas. Ciertas infecciones durante el embarazo en el tracto urogenital como enfermedades de transmisión sexual, infección de vías urinarias sintomáticas o asintomáticas.

Algunos eventos y trastornos en la madre pueden contribuir a un parto prematuro como un bajo nivel socioeconómico o el nivel de educación así como el ser madre soltera y el tener una edad en el extremo superior e inferior de los años reproductivos, ya sea más de 35 o inferior a 18 años de edad, y el estado mental de la gestante como la ansiedad o la depresión.

La activación de una o más de estas vías puede haber ocurrido gradualmente a lo largo de semanas, incluso meses. En la práctica una serie de factores han sido identificados que se asocian con un nacimiento pretérmino, sin embargo, una asociación no establece causalidad.

Aunque una mujer haga todo "bien" durante el embarazo, puede, de todas formas, tener un bebé prematuro.

Los niños nacidos con una diferencia de más de 2 semanas antes de las 40 semanas, muestran signos físicos de su nacimiento prematuro y también pueden desarrollar otros problemas como: ictericia, hipoglicemia, hipocalcemia, síndrome de distrés respiratorio, displasia broncopulmonar, hemorragia intracraneal, retinopatía prematura, enterocolitis necrosante y raquitismo. Como las unidades neonatológicas de cuidado intensivo han mejorado con los años, la etapa de gestación menor ha bajado alrededor de 25 semanas (400-500 gramos). Como el riesgo de daño cerebral y desarrollo tardío es alto si es que un bebé sobrevive en este período, existe una controversia ética en cuanto a la agresividad de los cuidados de dichos bebés.

Lo que para el estado representa una mayor inversión económica al asumir los costos de hospitalización tanto de madre como de hijo/a.

El desconocimiento de las gestantes sobre el adecuado manejo de su embarazo, ha generado diferentes efectos: prevalencia de parto pretérmino, no hay interés por asistir a la atención médica y sus controles prenatales, no existe programas educativos, videos, trípticos, etc., de cómo disminuir las infecciones de vías urinarias en las mujeres embarazadas, en el sector rural se observa el hacinamiento familiar, esto ha ocasionado el aumento de la morbimortalidad materna-infantil, no se interesa la población femenina en aplicar los hábitos higiénicos adecuados, al realizarse el aseo genital o personal; esto ha dado lugar a los efectos como: al aumento de pacientes con infecciones en las vías urinarias, riesgo en la salud de la paciente y del producto, condiciones higiénicas inadecuadas, que se ven influenciadas por el medio socioeconómico en el que viven, el alto índice de mal nutrición, asistencia regular en las consultas prenatales

No se les realiza una post consulta, en relación a la prescripción e indicaciones del médico sobre como tomar la medicación, donde realizarse exámenes clínicos; los cuidados que deben tener en su embarazo, enfatizando la asistencia regular a las consultas prenatales, para diagnosticar a tiempo las infecciones de vías urinarias o cualquier tipo de factor de riesgo adicional.

### **1.2.3. Prognosis**

Si no se capacita al personal de salud y a las gestantes de cómo prevenir, antes de adquirir una infección de vías urinarias se tendrán consecuencias en el parto, no solo se trata adecuadamente de prevenir por medio de la aplicación de promoción, prevención y tratamiento, a través de todo el personal de salud, más bien hay que crear un compromiso que avale una adecuada atención de salud para garantizar embarazos, partos y nacimientos seguros.

Estas complicaciones muchas veces se debe a la falta de educación a las madres sobre su estilo de vida durante el embarazo, especialmente acudiendo a los controles prenatales cada mes para observar su evolución y así prevenir enfermedades y sus complicaciones.

Además los numerosos cambios fisiológicos que presentan durante la gestación las hace más propensas a diferentes enfermedades, entre ellas las infecciones de las vías urinarias, las cuales son una problemática actual, que si no se les da la atención pertinente podría acarrear un parto pretérmino.

Por esto se debe poner atención a esta problemática, y con ello disminuir índices altos de partos prematuros, además una alta morbi–mortalidad en los recién nacidos, que conlleva a mayores ingresos al servicio de neonatología, lo que implicaría mayor gasto económico para el estado, además de una alteración psico afectiva tanto a la madre como una inestabilidad familiar.

### **1.2.4. Formulación del Problema**

¿Existe una relación entre la infección de vías urinarias y la prevalencia de parto pretérmino de las pacientes en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General de Latacunga en el periodo Junio 2011- Junio 2012?

### **1.2.5. Preguntas Directrices**

- ✓ ¿Cómo influye la infección de las vías urinarias en el parto pretérmino en pacientes en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General de Latacunga en el periodo Junio 2011- Junio 2012?
  
- ✓ ¿Cuál es el grado de prematuridad más frecuente asociado al parto pretérmino en pacientes en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General de Latacunga en el periodo Junio 2011- Junio 2012?
  
- ✓ ¿De qué manera se puede reducir los problemas de infección de vías urinarias y sus consecuencias en la mujer gestante que acude al Hospital Provincial General de Latacunga?

### **1.2.6. Delimitación del Problema**

#### **1.2.6.1. Delimitación de contenido**

**CAMPO:** Salud Pública

**ÁREA:** Gineco–obstetricia

**ASPECTO:** Infección de Vías Urinarias

**1.2.6.2. Delimitación Espacial:** La investigación se realizará en pacientes embarazadas con diagnóstico de infección de vías urinarias que en el examen elemental y microscópico de orina (EMO) reportaron leucocituria, más parto pretérmino atendidas en el Hospital Provincial General de Latacunga, en el período determinado.

**1.2.6.3. Delimitación Temporal:** Período Junio 2011- Junio2012.



### 1.3. JUSTIFICACIÓN

El parto pretérmino implica varios problemas en diversos ámbitos de nuestra sociedad, como daños a la economía familiar, al tener que pagar gastos médicos que acarrearán la atención del recién nacido que permanece hospitalizado por días o semanas; problemas sociales al provocar crisis y hasta disfunción familiar por no tener el tiempo necesario para atender a los demás integrantes de la familia.

En el Hospital Provincial General de Latacunga no se ha efectuado un estudio sobre el parto pretérmino, para tratar de establecer cuál es la magnitud y caracterización de la problemática a la que se enfrenta en la institución y poder disminuir la morbimortalidad perinatal por prematuridad lo cual justifica la realización de este estudio en el área de Neonatología, ya que no es lo suficientemente equipada, tanto en forma física como profesional, en referencia a carecer de personal preparado en el funcionamiento de los implementos médicos durante las 24 horas los 7 días de la semana, razón fundamental por lo que constantemente se tiene inconvenientes entre las áreas de Gineco-Obstetricia y Neonatología.

Los hallazgos investigativos **contribuirá** a tomar acciones dirigidas a disminuir complicaciones de las embarazadas en el período prenatal, y fortalecer el Programa de Salud Integral a la embarazada en este establecimiento de salud con un plan de capacitación para gestantes sobre cuidados en el manejo de parto pretérmino con infección de vías urinarias en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General de Latacunga.

Es de **importancia**, porque se dan soluciones a las complicaciones que presentan las embarazadas con infecciones de vías urinarias, provenientes de áreas urbanas, rurales, cantonales y provinciales, e incorporando a las madres al equipo de salud, para ayudarlas a su recuperación, incluyéndolas en actividades diarias del control de su embarazo, para que llegue a feliz término, las embarazadas que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General de Latacunga.

Finalmente, este estudio ofrece **beneficios** teóricos al aportar mayores datos en la atención de estas patologías; por tanto, servirá de antecedente para otros estudios sobre el tema.

La investigación realizada es **factible** porque existe experiencia teórica-práctica, se dispone de bibliografía sobre el tema, hay acceso a la información de campo, y a su vez existe colaboración en los médicos tratantes de consulta externa de pacientes gestantes con infecciones en las vías urinarias en el Área de Gineco-Obstetricia, así como también se tiene acceso directo a las historias clínicas y se cuenta con los recursos que requiere la investigación, además fue posible acercarse a las madres para identificar los factores de riesgo en el parto pretérmino que afecta el normal crecimiento y desarrollo de los niños-as, en el período junio 2011-junio 2012.

## **1.4. OBJETIVOS**

### **1.4.1. Objetivo General**

Determinar la relación que existe entre la infección de vías urinarias y la prevalencia de parto pretérmino de las pacientes en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General de Latacunga en el periodo Junio 2011-Junio 2012

### **1.4.2. Objetivo Específico**

- ✓ Estudiar la influencia de la infección de las vías urinarias en el parto pretérmino en pacientes en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General de Latacunga en el periodo Junio 2011- Junio 2012.
  
- ✓ Identificar el grado de prematuridad más frecuente asociado al parto pretérmino en pacientes en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General de Latacunga en el periodo Junio 2011- Junio 2012?

- ✓ Diseñar un plan de capacitación para reducir la prevalencia de infección de vías urinarias y sus consecuencias en la mujer gestante que acude al Hospital Provincial General de Latacunga.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEORICO

#### 2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

La infección urinaria es una entidad clínica que se asocia frecuentemente al embarazo; las variantes clínicas son la bacteriuria asintomática, la cistitis y la pielonefritis aguda. En el presente consenso se revisó la controversia sobre si el escrutinio de bacteriuria asintomática en embarazadas debe ser un procedimiento obligatorio dentro del cuidado prenatal. Se concluyó que el escrutinio de bacteriuria asintomática en embarazadas debe ser un procedimiento obligado dentro del cuidado prenatal y que en todos los casos diagnosticados se debe indicar un tratamiento con antibióticos. **Estrada, A. (2010)**

La infección urinaria es frecuente durante el embarazo; la *Escherichia coli* es el patógeno más común, seguido por *Klebsiella pneumoniae*, diferentes tipos de *Enterobacter*, estreptococos y estafilococos. La ampicilina ha sido ampliamente usada como primera elección, sin embargo, la resistencia bacteriana a este antibiótico es alta.

*Objetivo:* determinar el perfil de resistencia microbiana para los gérmenes más frecuentemente implicados en la infección de vías urinarias durante el embarazo.

*Metodología:* se estudiaron los resultados de urocultivo y antibiograma realizados a mujeres embarazadas, en un periodo de 15 meses desde enero de 2004 hasta abril de 2005.

*Resultado:* un total de 45 pacientes tuvieron urocultivo positivo. El germen más frecuentemente aislado fue *Escherichia Coli* en un 64%, seguido de

Klebsiellapneumoniae; con un porcentaje de resistencia de Escherichia Coli a la ampicilina del 82% y a la gentamicina del 3%. **Ferreira, F. (2005)**

Determinar las infecciones genitourinarias como factores de riesgo para parto pretérmino en adolescentes. Método: Estudio de casos y controles en las Unidades de Medicina Familiar del IMSS Querétaro, periodo octubre 2010 a octubre 2011. Se incluyeron 35 adolescentes con parto pretérmino y 148 con parto a término, mediante muestreo no aleatorio por cuota; se excluyeron aquellas con preeclampsia, eclampsia u otras enfermedades. Los datos se recolectaron del expediente clínico electrónico. Se estudiaron variables sociodemográficas; antecedentes gineco-obstétricos; tipo de parto (pretérmino y término); e infecciones urinarias y vaginales. La infección de vías urinarias fue diagnosticada mediante urocultivo y/o examen general de orina, con  $\geq 105$  UFC y  $> 10$  leucocitos por campo, respectivamente. La infección vaginal se diagnosticó por exudado vaginal con reporte de patógenos y/o por clínica. El análisis se realizó con porcentajes, promedios,  $\chi^2$ , razón de momios (Odds Ratio), prueba de t e intervalo de confianza. Resultados: De las adolescentes con parto pretérmino el 54,3% presentaron infección de vías urinarias, mientras que solo 33,8% de estas presentaron parto a término ( $p=0,02$ ). El 57,1% de las adolescentes con parto pretérmino presentaron infección vaginal en comparación con 35,1% de las de parto a término ( $p=0,01$ ). Conclusión: Las infecciones vaginales y urinarias incrementan dos veces el riesgo de presentar parto pretérmino en adolescentes. **Ugalde, D. (2012)**

*Método:* diseño descriptivo retrospectivo Sujetos: 202 pacientes diagnosticadas de amenaza de parto prematuro en el Hospital Provincial Docente Ambato. Resultados: La edad de las pacientes es de 14-20 años que corresponde al 40.59%, el diagnostico mayoritariamente es la IVU con 68.32%, la edad gestacional fue entre 30-36.6 que es del 65.84%, los controles prenatales fueron mínimos de 1-5 que corresponde al 58.42%, y el nivel de instrucción predomino el bachillerato con el 73.27%. Conclusiones: El índice de embarazos sigue siendo alto en la adolescencia que trae consigo aún más complicaciones, tomando en cuenta que su

cuerpo no está desarrollado bio-fisiológicamente, para albergar y desarrollar el producto de la concepción, además de un conflicto psico-social y que en nuestra sociedad repercute al crecimiento. Además que la infección de vías urinarias son la primera causa de amenaza de parto prematuro, que la edad gestacional involucrada esta entre las 30-36.6 semanas de gestación, los controles prenatales en la mayoría de las pacientes fueron los mínimos requeridos por el MSP, y el nivel de instrucción fue el bachillerato. **Rosas, O. (2013)**

“Embarazadas con infección del tracto urinario que presentan parto Pre-término en la Cruz Roja Venezolana. Caracas”. El objetivo de esta investigación fue comparar la prevalencia de parto pre-término en embarazadas según presencia o ausencia de infecciones de las vías urinarias durante la gestación, así como también determinar el germen causal más frecuente en los urocultivo reportados.

*Método:* Se hizo una investigación, tipo descriptiva, retrospectiva. La población estuvo conformada por 328 pacientes, 75 conformaron la muestra por presentar infecciones de las vías urinarias diagnosticada por examen de orina simple.

*Resultado:* El 23,6% de las pacientes reportaron urocultivo. Edad media fue de 24,62 años (DS= $\pm$ 6,62; mín.=14; máx.=41). El parto ocurrió a las 35,7 semanas (DS =  $\pm$  4,2; mín.=22,6; máx.=41,1). De las 75 pacientes que presentaron infecciones de las vías urinarias (ITU) durante la gestación, 35 (46,67%) presentaron parto pre-término. El número de pacientes dentro de la población que presentó parto pre-término no asociado a infecciones de las vías urinarias fue de 47. Al aplicar Chi cuadrado se demuestra una asociación estadísticamente significativa entre la Infección del tracto urinario y parto pre-término. El 23,6% (18 pacientes) presentaron urocultivo reportado. De las pacientes que presentaron urocultivo, en 14 (77,8%) se demostró Escherichia Coli, y en 4 (22,2%) se reportó urocultivo negativo. Conclusión: que es frecuente encontrar infecciones de las vías urinarias durante el embarazo pero que sus complicaciones pueden ser prevenidas, se sugiere educación sanitaria y promoción del control prenatal adecuado. En este sentido se considera que la pertinencia de este estudio se basa

en sus sistemas de variables, ya que el mismo considera la correlación de las infecciones urinarias como agente causal y el parto pre-término como consecuencia directa, esto enmarca lo que se propone realizar en este estudio. **Hidalgo, R. (2009).**

García y colaboradores en un artículo publicado en el año 2010, indican que un 27 % de los partos prematuros, han sido asociados con algún tipo de infección de vías urinarias y de ellos el de ellos el germen causal más frecuente aislado en las pacientes fue E. Coli, dentro de las infecciones de vías urinarias el 95% presentaron pielonefritis agudas. **García, J. (2010).**

En la ciudad de Riobamba realizan un estudio en el 2010, donde refieren su relación con la adolescencia y la prematurez donde los resultados obtenidos fueron la alta incidencia, un de la de esta la infección de vías urinarias y la relación estrecha con la amenaza de parto pretérmino e incluso su desencadenamiento a un parto prematuro, trayendo consigo consecuencias tanto maternas como fetales. **Cruz, L. (2010)**

Álvarez y colaboradores, en el 2006, indican que el 2 -10% de las embarazadas sin antecedentes, desarrollan bacteriuria asintomática durante el embarazo, y sin tratamiento, el 30 -50% evolucionan a pielonefritis y aumenta el riesgo de parto prematuro y de Recién Nacido con Bajo Peso. **Álvarez, G. (2006).**

En el Hospital de Zaragoza 2008, se desarrolló un estudio retrospectivo de 2 Años donde se concluyó que dentro de una población de 5000 pacientes, donde identificaron que la infección de vías urinarias es la afección más común dentro de la gestación en cualquiera de los 3 trimestres, teniendo una mayor aparición en el primer y tercer trimestre de gestación, donde la más significativa fue la bacteriuria asintomática, la cual muchas veces se identificó por laboratorio, un porcentaje menor desarrollo complicación de la bacteriuria a pielonefritis aguda, afección con clínica específica y si no se trata lleva a complicaciones graves, tanto para la madre como para la vida del recién nacido. **Iriarte, M. (2008)**

El 90-95% de las pacientes desarrollo IVU dentro de cualquier periodo de embarazo, 40-50% de las pacientes desarrollo IVU de cualquier tipo en el tercer trimestre y del 20- 25% de las pacientes presento amenaza de parto pretérmino a causa de una infección de urinarias. **Iriarte, M. (2008).**

En el Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez” ubicado en Ciudad Bolívar, se evaluó 23 pacientes embarazadas en primer trimestre, igual número para el segundo trimestre y 24 en tercer trimestre y se determinó que el segundo trimestre de gestación presentó mayor frecuencia de infección urinaria (5,7%). El agente etiológico aislado con mayor frecuencia fue Escherichia Coli (57,1%). Se determinó que la mayoría de las pacientes con urocultivo positivos eran asintomáticas (57,1%). **Rendón, N. (2009).**

Comentario:

Las infecciones urinarias, en general, son más frecuentes en las mujeres que los hombres. Hasta un 20 % de las mujeres ha presentado alguna vez una infección urinaria a lo largo de su vida, además, las infecciones urinarias femeninas suelen ser recidivantes (se repiten). Esta tendencia tiene varias explicaciones:

- La uretra femenina es mucho más corta que la del varón.
- Está próxima a la vagina, que puede estar colonizada por varios gérmenes.
- Está próxima al ano, con su contenido séptico.
- Se incrementa la susceptibilidad en determinadas condiciones como la diabetes, prolapsos (salida de algún órgano como la vejiga hacia el exterior del cuerpo), embarazos, cicatrices de partos, incontinencia urinaria, etc.

Causas de las infecciones durante el embarazo:

Entre el 2 y el 4 por ciento de las embarazadas desarrollan una infección urinaria. Los médicos suponen que la causa de esto se encuentra en los cambios hormonales y de la posición anatómica del tracto urinario durante el embarazo, que facilitan que las bacterias viajen a través de los uréteres hacia los riñones. Por



esta razón se recomienda hacer análisis periódicos de orina durante el embarazo.

- Los riñones aumentan de tamaño por el aumento del flujo sanguíneo que deben filtrar y por lo tanto aumenta la longitud renal.
- La vejiga es desplazada de su sitio habitual por el crecimiento del feto.
- El aumento de la hormona progesterona produce relajación de la musculatura de la vejiga y de los uréteres, lo que lentifica el flujo de la orina.
- El útero comprime los uréteres, especialmente el del lado derecho, acumulándose en los uréteres hasta 200 ml de orina. Este estancamiento urinario favorece la aparición de las bacterias.
- El pH de la orina cambia y se hace más alcalino.

Síntomas de una infección urinaria: No todas las embarazadas tienen síntomas, pero la mayoría tiene algunos de estos:

- Dolor o sensación de ardor al orinar
- Necesidad de orinar frecuentemente
- Después de orinar, se continúa con el deseo de orinar un poco más
- Sangre o moco en la orina
- Dolor o contracciones en la parte baja del vientre
- Dolor durante el acto sexual
- Escalofríos, fiebre, sudoración profusa, incontinencia
- Cambio en la cantidad de orina, ya sea a más o a menos
- La orina tiene un aspecto turbio, huele mal o el olor es muy concentrado
- Dolor, sensación de presión o sensibilidad extrema en la zona de la vejiga
- Cuando la bacteria se disemina a los riñones, se puede tener dolor en la parte baja de la espalda, escalofríos, fiebre, náusea y vómito

Tratamiento contra las infecciones:

El tratamiento normal en la mayoría de los casos consiste en la administración de antibióticos para evitar que la infección se vuelva más peligrosa, ya que durante el embarazo el riesgo de que la infección se transforme en pielonefritis aumenta del

1,4% hasta el 28%. Además de la importancia intrínseca que tiene una infección urinaria, en la embarazada aumenta la frecuencia de anemia, eclampsia, partos prematuros, infección amniótica y recién nacida de bajo peso. La infección de vías urinarias causada por estreptococos Beta hemolítico es causa de ruptura de membranas y parto prematuro.

Por tanto el diagnóstico y tratamiento precoz son esenciales para evitar males mayores. La elección del medicamento dependerá del germen que la cause, del momento del embarazo, de la salud de la madre y de los efectos potenciales que pueda tener en el bebé. Una vez terminada la administración del antibiótico se debería realizar otro análisis para cerciorarse de que la infección ha sido curada y sobre todo manejar un plan de cuidados para capacitar a la mujer gestante, esto evitaría la prevalencia de parto pretérmino con infección de vías urinarias en el área de gineco-obstetricia del Hospital Provincial General de Latacunga.

## **2.2. FUNDAMENTACIONES**

### **2.2.1. Fundamentación Filosófica**

El interés de la Medicina y de los médicos es proteger la salud y promover estados de vida saludables. En caso de enfermedad, restaurarla en forma oportuna y adecuada realizando un seguimiento estricto de la evolución de la enfermedad. La presente investigación está basada en un paradigma crítico propositivo, puesto que tiene una comprensión de los fenómenos, elabora una propuesta y da solución al problema, se ajusta por dentro a un análisis y por fuera a un cambio positivo.

A la vez tiene una fundamentación axiológica ya que se trata de infundir valores tanto a las gestantes, familiares y personal médico y o a los familiares tales como el amor, respeto, colaboración y cooperación con el propósito de tener una interacción adecuada entre el paciente y médico que permita mejorar la calidad de vida de estas pacientes.

### **2.2.2. Fundamentación Legal:**

El presente trabajo de investigación, toma en consideración lo establecido por la Constitución del Ecuador; enfocándose en las leyes que se encargan del bienestar de nuestros niños para lo cual se hace referencia al Código de la niñez y la adolescencia, los cuales se cumplen bajo los siguientes artículos.

**Artículo 1.-** Finalidad: Este código dispone sobre la protección integral que el Estado, la sociedad y la familia deben garantizar a todos los niños, niñas que viven en el Ecuador, con el fin de garantizar su desarrollo integral y el disfrute pleno de sus derechos en un marco de libertad, dignidad y equidad. Para este efecto, regula el goce y ejercicio de los derechos, deberes y responsabilidades de los niños, niñas y adolescentes y los medios para hacerlos efectivos, garantizarlos y protegerlos, conforme al principio del interés superior de la niñez y adolescencia y a la doctrina de protección legal.

**Artículo 2.-** sujetos protegidos. Las normas del presente código son aplicables a todo ser humano, desde su concepción hasta que cumpla los dieciocho años de edad. Por excepción protege a personas que han cumplido dicha edad, en los casos estrictamente estipulados en dicho código. En el capítulo I correspondiente a Disposiciones generales en el artículo 15.- titularidad de los derechos. Los niños, niñas y adolescentes son sujetos de derechos y garantías y, como tales, gozan de todos aquellos que las leyes contemplan a favor de las personas además de los específicos para su edad. Capítulo II derechos de la supervivencia. Artículo 20.- derecho a la vida. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la vida desde su concepción. Es obligación del estado, la sociedad y la Familia asegurar por todos los medios a su alcance, su supervivencia y desarrollo.

**Artículo 25.-** atención al embarazo y al parto. El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearan las condiciones adecuadas para la atención del embarazo y el parto a

favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y con niños con peso menor o igual a dos mil quinientos gramos.

**Artículo 28.** Responsabilidad del estado en relación a este derecho a la salud.- son obligaciones del estado, que estas se debe cumplir a través del Ministerio de Salud Pública.

1.- Elaborar y poner en ejecución las políticas, planes que favorezcan el goce de lo estipulado en el artículo anterior. 2.- Fomentar iniciativas necesarias para ampliar la cobertura y la calidad de los servicios de salud, particularmente la atención primaria de salud y adoptar las medidas necesarias para combatir la mortalidad materna infantil y las enfermedades que afectan a la edad infantil.

3.- Promover la acción interdisciplinaria en el estudio y diagnóstico temprano de los retardos de crecimiento, para que reciban tratamiento y estimulación oportunos.

Además se tomara en cuenta las leyes de Salud por parte del IESS.

La Ley de Seguridad Social en su Art. 102, da protección de salud a las siguientes personas:

- Afiliados y afiliadas
- Hijos de afiliados y afiliadas; y de pensionistas de montepío por orfandad hasta seis años de edad
- Jubilado y jubilada
- Beneficiaria de montepío

En caso de la maternidad la afiliada tiene derecho a la atención médica especializada a la afiliada durante el embarazo, parto y puerperio, conforme lo señala el **Artículo 108** de la misma Ley.

Tienen derecho a:

- Asistencia médica y obstétrica durante el embarazo, parto y puerperio, cualquiera sea la calificación de riesgo de su embarazo;
- A subsidio monetario durante el periodo de descanso por maternidad(para la mujer trabajadora), y
- Asistencia médica preventiva y curativa del hijo, con inclusión de la prestación farmacológica y quirúrgica durante el primer año de edad; y, hasta seis años de edad únicamente con control médico por consulta externa.

Tendrán derecho al subsidio de maternidad todas las afiliadas del Seguro General Obligatorio, Doméstico y Agrícola, cuando la afiliada recibió atención médica, tiene certificado de reposo prenatal y de nacimiento del niño o niña vivos.

## **Sección Séptima**

### **Salud**

**Artículo 32.-** La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

## Capítulo Tercero

Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

**Artículo. 35.-** Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado.

La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos.

El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

### Sección Cuarta

Mujeres embarazadas

**Artículo. 43.-** El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

**Artículo. 358.-** El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida

saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

**Artículo. 359.-** El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

**Artículo. 360.-** El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas."

## **EL PLAN NACIONAL DE REDUCCIÓN ACELERADA DE LA MORTALIDAD**

5. El Plan Nacional de desarrollo del Ecuador 2007-2010, establece como metas para el sector salud hasta el año 2010, reducir en 25% la mortalidad de la niñez, reducir en 25% la mortalidad infantil, reducir en 35% la mortalidad neonatal precoz, reducir en 30% la mortalidad materna, reducir en 25% el embarazo adolescente, y mejorar la calidad y calidez de los servicios de salud”.

### **2.3. CATEGORIAS FUNDAMENTALES**

#### **2.3.1. Visión Dialéctica de Conceptualizaciones que sustentan las Variables del Problema.**

Ángel, Gill de Miguel (2012: 198-232), Diccionario de Epidemiología, salud pública y comunitaria, Editorial Centros de Estudios, Ramón Areces S.A, 1ra. Edic. 1ra. Impresión. España.

- ✓ **Atención de hospital a las embarazadas.-** Es el cuidado que el personal proporcionará a la embarazada.
- ✓ **Atención Primaria de Salud:** “Atención esencial en salud basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, accesible a los individuos y a las familias en la comunidad, a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan asumir para mantenerla.
- ✓ **Autocuidado.-** Es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma.
- ✓ **Calidad de Atención.-** Es la secuencia de actividades normadas que relacionan al proveedor de los servicios con el usuario (a), y con resultados satisfactorios y según la Constitución.
- ✓ **Complicaciones del embarazo.-** Son las enfermedades que pueden poner en peligro la vida de la gestante y del producto.
- ✓ **Embarazo.-**Es el periodo de tiempo que transcurre desde la fecundación hasta que se produce el nacimiento, y dura alrededor de nueve meses.
- ✓ **Factores de riesgo.-** Son los agentes por los cuales se puede producir una patología.
- ✓ **Gineco-Obstetricia.-** Es la rama de la medicina que se encarga del estudio y atención del aparato reproductor.



- ✓ **Intervenciones Integrales de Salud:** Son todas aquellas que están orientadas a lograr un estado de bienestar ideal, en el cual se logra un equilibrio entre los factores físicos, biológicos, emocionales, mentales, espirituales y sociales, que permiten un adecuado crecimiento y desarrollo en todos los ámbitos de la vida de las personas.
  
- ✓ **Infección de vías urinarias.-** Es la proliferación de los microorganismos patógenos que invaden la orina.
  
- ✓ **Manejo de hospital.-** Es la forma, una norma y protocolo para la atención de calidad en un orden lógico.
  
- ✓ **Mujer embarazada.-** Paciente con embarazo en curso, con infección de vías urinarias que asisten al hospital en estudio.
  
- ✓ **Modelo de Salud Familiar:** Es el conjunto de métodos y prácticas, que permiten abordar de una forma incluyente y participativa a la familia, sus miembros y el personal de salud en las comunidades, para interactuar corresponsablemente en el autocuidado, por medio de prácticas saludables para el control de riesgos, prevención y tratamiento oportuno de daños en el contexto socio ambiental en el cual existen.
  
- ✓ **Parto pretérmino.-** Es un problema no sólo obstétrico si no también neonatal, ya que se asocia con un alto índice de problemas para el recién nacido, incluyendo la muerte del mismo, este parto pretérmino se produce entre las 28 semanas y 36 semanas 6 días de embarazo.

### 2.3.2. Gráficos de Inclusión Interrelacionados

#### 2.4.2.1. Superordenación y Subordinación Conceptual

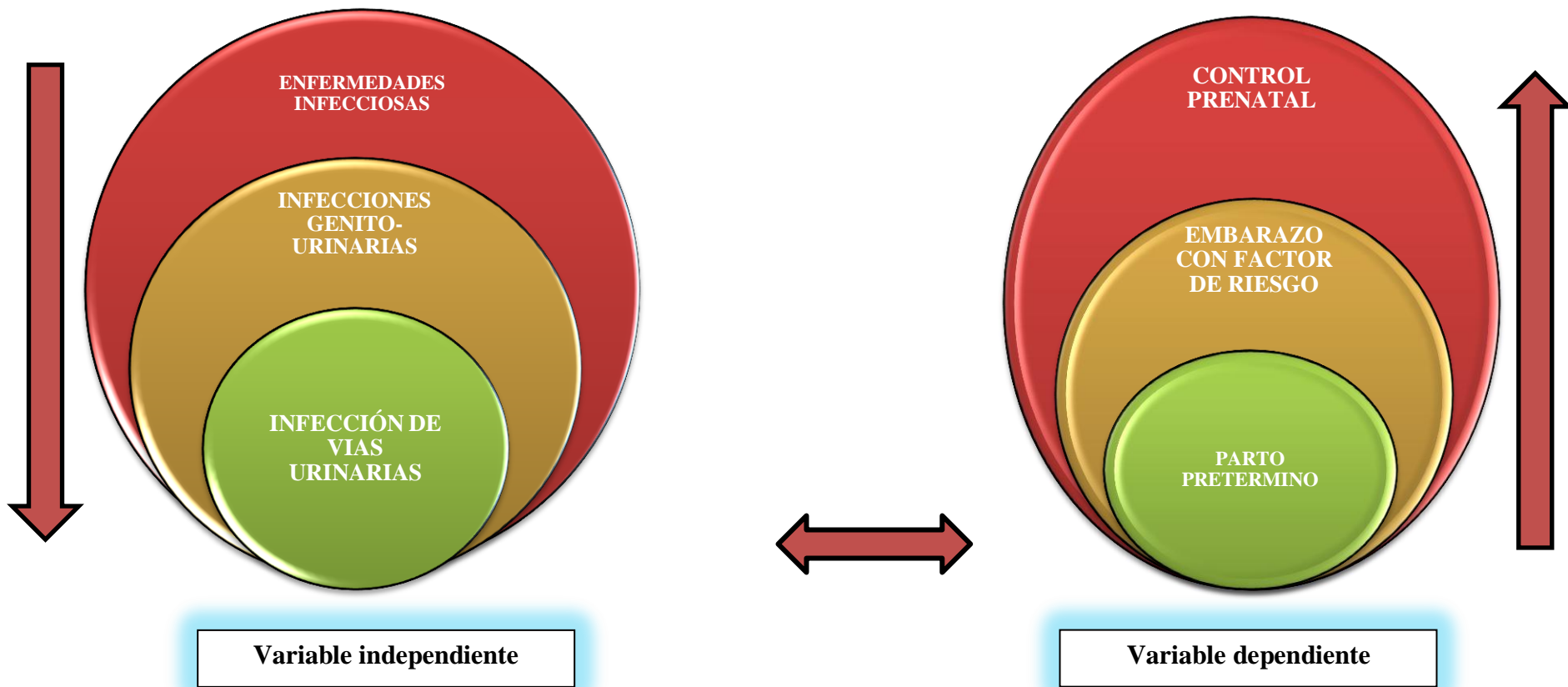


Gráfico N°.2.Inclusiones Interrelacionados  
Elaborado Por: MESÍAS, M. Lucetty Yoled (2013).

### 2.4.2.2. Superordenación Conceptual inicial Variable Independiente

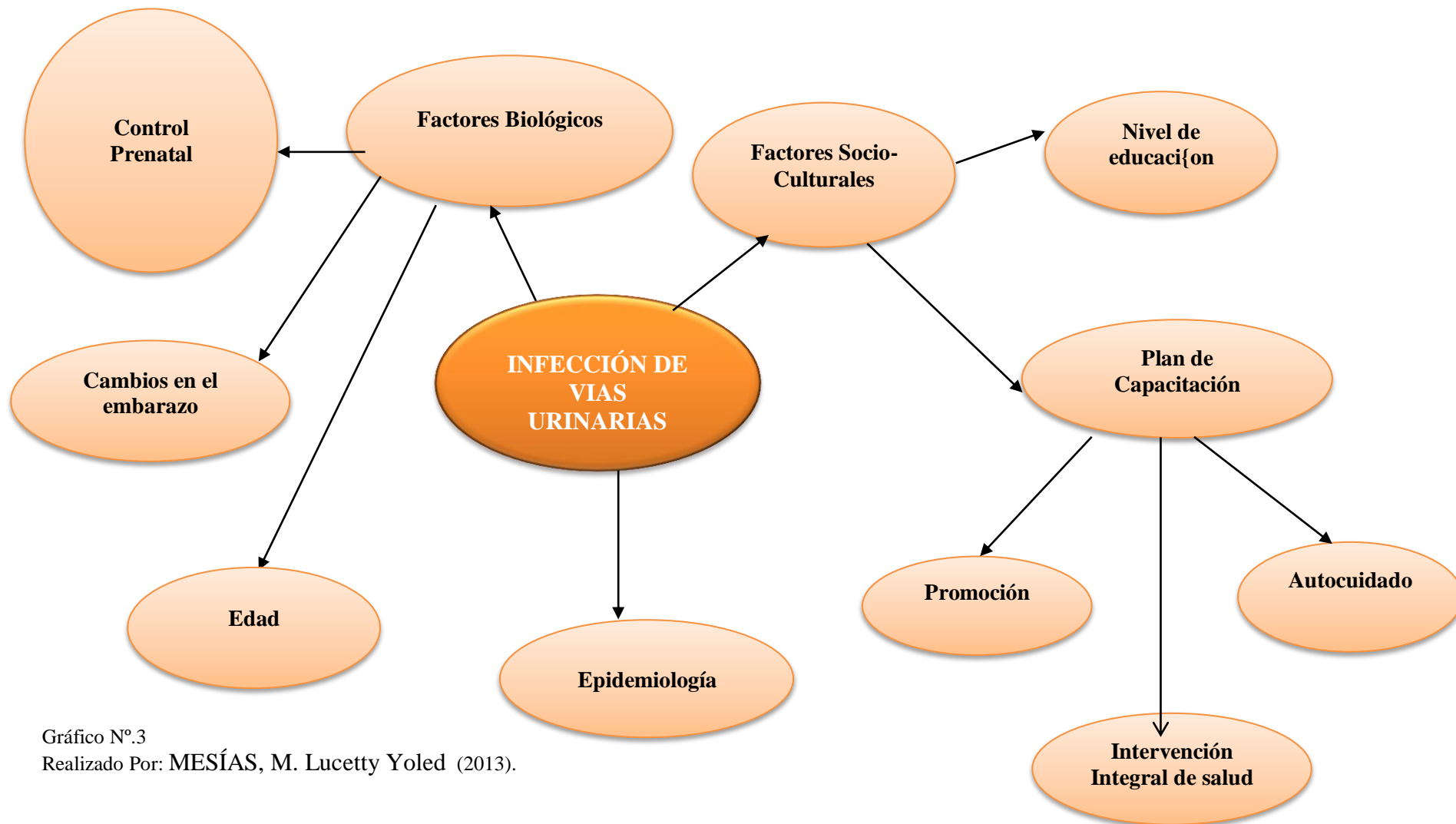


Gráfico N°.3  
Realizado Por: MESÍAS, M. Lucetty Yoled (2013).

**2.4.2.3. Subordinación Conceptual Variable Dependiente**

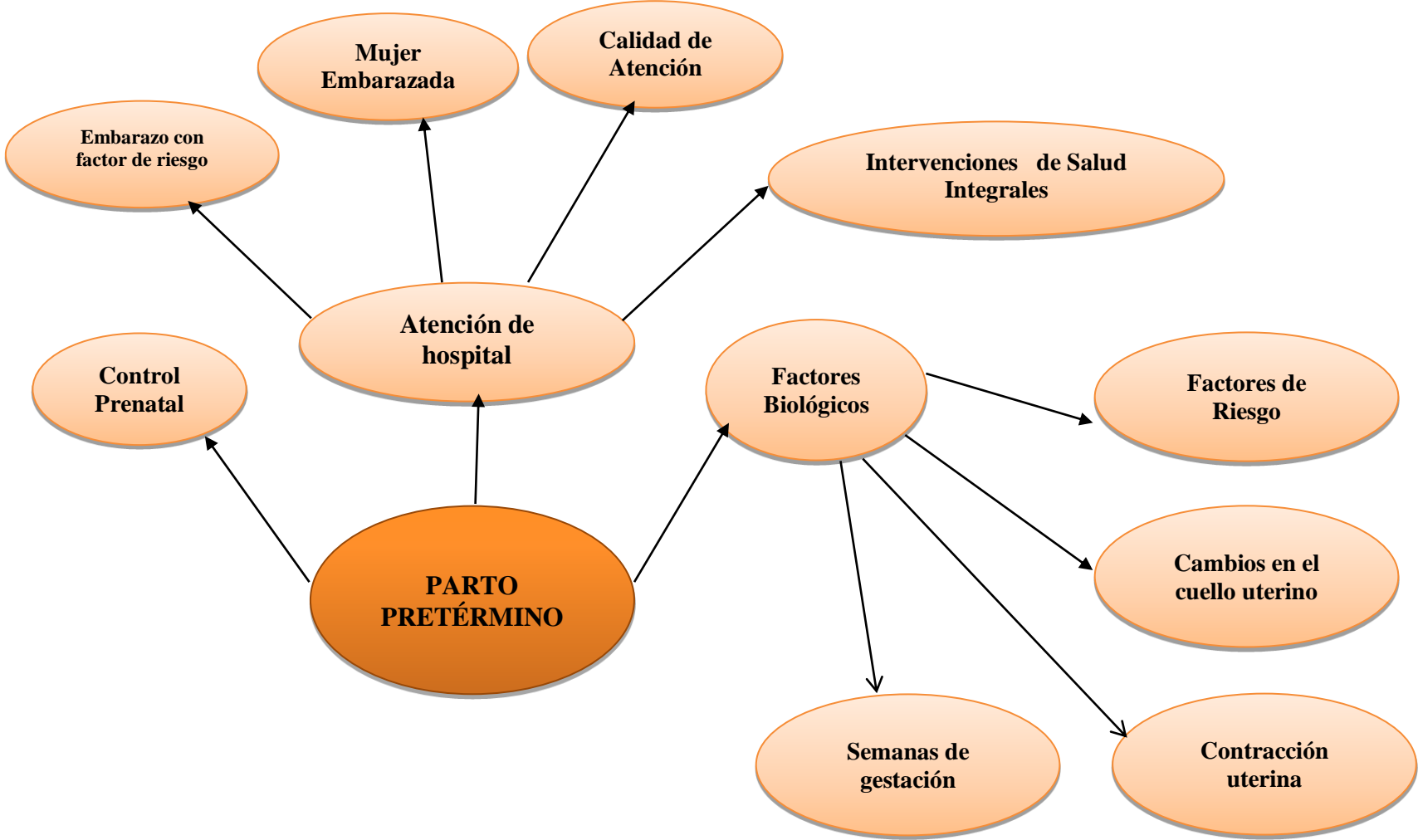


Gráfico N°4  
Realizado Por: MESÍAS, M. Lucetty Yoled (2013)

### **2.3.3. Fundamentación Teórica**

#### **2.3.3.1. Enfermedades Infecciosas**

Las enfermedades infecciosas son producidas por microbios que se introducen en el organismo venciendo las defensas del mismo.

Generalmente son producidas por bacterias, virus, protozoarios o por hongos. Las infecciones tienen diferentes vías de entrada al organismo: la respiratoria, la cutánea y la mucosa.

Además vamos a comprender las formas de penetración al sistema por diferentes vías de entrada, a continuación se presentan los nombres de los subtemas:

- Virus
- Bacterias
- Descripción de algunas enfermedades infecciosas
- Algunas enfermedades causadas por virus
- Algunas enfermedades causadas por bacterias
- Enfermedades parasitarias
- Parasitosis causadas por hongos

**Barron, W. (2002:167)**

#### **✓ Características generales de las enfermedades infecciosas**

Se caracterizan por la aparición de distintos síntomas entre los que podemos mencionar la fiebre, malestar general y decaimiento, toda enfermedad infecciosa pasa por 3 etapas:

1. **Periodo de incubación.** Tiempo comprendido entre la entrada del agente hasta la aparición de sus primeros síntomas. Aquí el patógeno se puede multiplicar y repartirse por sus zonas de ataque. Varía el tiempo dependiendo de la enfermedad.

2. **Periodo de desarrollo.** Aparecen los síntomas característicos.
3. **Convalecencia.** Se vence a la enfermedad y el organismo se recupera.

### 2.3.3.2. Infecciones Genito-Urinarias

#### ✓ Infecciones Vaginales

El desarrollo de la medicina preventiva, con la participación del médico y la enfermera de la familia en la atención ginecobstetricia, unido a los sustanciales cambios técnicos y organizativos para mejorar la calidad de la asistencia al binomio madre-hijo, han obligado a buscar formas más dinámicas que favorezcan el desempeño del equipo de salud, entre las cuales figura la temprana detección de infecciones vaginales en las gestantes, tanto en las ingresadas en el hospital o su domicilio como en las que no han requerido esa indicación médica imprescindible **Yaisa Pérez Ojeda (2007:120).**

En el embarazo, los cambios hormonales pueden favorecer las infecciones vaginales  
A continuación se recoge las más frecuentes:

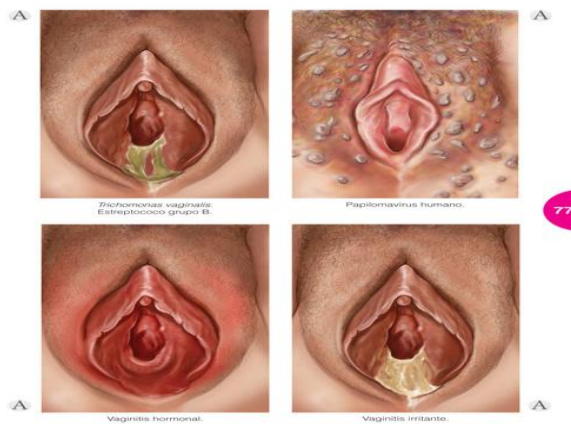


Figura N°1: Vaginitis atrófica  
Fuente: Martínez Leiva Libet (2010).

Las infecciones vaginales (vaginitis atrófica) afectan a mujeres de todas las edades, tanto a las que están activas sexualmente, como a las que no lo están. La mayoría ha tenido

una infección vaginal por lo menos una vez en su vida. Esta es la razón principal de las visitas de las mujeres adultas a ginecólogos y médicos de la atención primaria **Martínez Leiva Libet (2010:89).**

El embarazo es un período por el cual atraviesan muchas mujeres y durante este, ellas no están exentas de presentar infección vaginal, la gestación constituye un factor para la aparición de las infecciones vaginales. Algunas mujeres conviven con estas y en ocasiones pasan inadvertidas, pero durante el embarazo esto constituye un grave problema, ya que representan un factor de riesgo para la producción de una rotura prematura de membrana, parto pretérmino y sus consecuencias, incluso el nacimiento de un producto bajo peso. **Carbajales León Emma (2007:278).**

Diversos microorganismos producen infecciones vaginales durante los años de vida sexual activa como por ejemplo *Trichomonas vaginalis*, *Cándida Albicans*, *Gardnerella Vaginalis* y virus del Herpes. En muchos estudios se señala a la Vaginosis Bacteriana (VB) como la segunda causa más frecuente de estas infecciones, después de la candidiasis. El Centro de Control y Prevención de Enfermedades en Estados Unidos (CDC) estima que 7.4 millones de nuevos casos de trichomoniasis ocurren anualmente **Chéca MA, Carreras R. (2004:142).**



Figura N°2: Infecciones Vaginales  
Fuente: Checa, MA. Carreras R. (2004)

## **Vaginosis Bacteriana**

Anteriormente se le conocía como Vaginitis no específica pues no se encontraba aparente ningún microbio en esta infección. Las causas de este padecimiento son múltiples, pero principalmente es provocado por sobre crecimiento de *Gardnerella vaginalis* y *Mobilincussp* (anaerobio) provocando un desequilibrio en la microflora vaginal. Se ha comprobado otro tipo de microorganismo que pueden asociarse en esta infección pudiendo causar complicaciones más serias (*Micoplasma*, que puede producir esterilidad).

Este padecimiento es más frecuente en mujeres con vida sexual activa, por lo consiguiente la principal forma de transmisión es por contacto sexual. Aunque solo se ha aislado el microorganismo en 80% de varones parejas de mujeres contaminadas, se puede observar esta infección en adolescentes sin vida sexual. Dentro de los principales síntomas, la mujer puede presentar comezón, ardor vulvar, flujo fétido (principalmente después del acto sexual) y grisáceo.

El médico de familia es el profesional de la salud que tiene a cargo la atención integral al individuo, la familia, a la comunidad y al ambiente, haciendo acciones de promoción de salud liderando su comunidad. El médico de familia se convierte en el abogado del paciente y su familia, al explicarles las características de los procedimientos diagnósticos y de las acciones propuestas a realizar.

**Hongos.** Es la infección más frecuente. Casi siempre se debe a un cambio en el pH, debido al aumento de azúcares de la vagina de la embarazada y a la existencia previa de una cantidad de esporas de hongos mayor de lo habitual. También puede aparecer por la toma de un antibiótico. Producen picor, escozor, flujo blanco o algo verdoso, y, a veces, molestias al orinar. Se tratan fácilmente con medicamentos en forma de óvulos vaginales o crema





Figura N°3: Infecciones Vaginalespacientes embarazadas  
Fuente: HPGL (2013)

### **Candidiasis**

Se llama así, a las frecuentes infecciones por hongos, producidas por *Candida Albicans*. Se calcula que un 75% de las mujeres con actividad sexual serán afectadas cuando menos una vez en su vida y un 10% se harán recurrentes cada mes y dará síntomas crónicos. Puede haber condiciones predisponentes como son embarazo, diabetes no controlada, uso de antibióticos o uso de anticonceptivos hormonales y dispositivos intrauterinos (DIU). Los síntomas frecuentemente se inician una semana antes o durante la menstruación. El flujo en esta infección es espeso, blanco con apariencia de “requesón”. Esta infección no se puede considerar una enfermedad de transmisión sexual, estrictamente hablando. Se puede adquirir además del coito, en toallas, ropa, agua de baño o malos hábitos higiénicos. Es más frecuente en mujeres en edad fértil o con tratamientos hormonales y es raro en niñas o después de la menopausia.

### **Trichomoniasis**

Es causada por un microorganismo microscópico llamado *Trichomona vaginalis*. Se calcula que aproximadamente 20% de todas las mujeres la tienen. También hasta un

10% de los hombres pueden ser portadores. La principal forma de transmisión es por contacto sexual, sin embargo algunos estudios sugieren una transmisión a través de contacto en baños, con toallas, trajes de baño y albercas contaminadas. Las manifestaciones más comunes de la vaginitis tricomonásica es el flujo de mal olor, comezón en la vulva y molestias al orinar. Aunque hay mujeres que pueden no presentar ningún síntoma son capaces de infectar a su pareja.

### **Clamidia**

Es una bacteria muy agresiva para la mucosa de los genitales, inclusive puede causar lesionar las trompas y causar problemas de fertilidad. Es responsable de una de las formas más frecuentes de vaginitis y uretritis (infección genital muy común del varón).

### **Síntomas**

- Ardor y molestias al orinar.
- Aumento de las secreciones vaginales.
- Dolores más o menos acentuadas en el vientre.

### **Causas**

Se transmite exclusivamente a través de relaciones sexuales, sin adoptar ningún tipo de protección con la pareja afectada. Las posibles abrasiones de la mucosa genital y el embarazo favorecen el contagio, porque determinan una modificación del pH vaginal.

### **Terapias**

El diagnóstico de la infección se efectúa mediante un frotis vaginal y actualmente se mide la presencia activa o pasiva por medio de las inmunoglobulinas en suero materno.

La terapia prevé el empleo de antibióticos, que deben tomarse por vía oral, y según prescripción facultativa de tu ginecólogo. Es muy importante que la pareja también se someta a la terapia, con el fin de evitar la aparición de recontagios posteriores. El antibiótico de elección no afecta el desarrollo adecuado del bebé.

### **Consecuencias durante el embarazo**

Si no se soluciona, la infección puede pasar de la madre al niño en el momento del parto. En los fetos muy pequeños puede provocar problemas en los ojos y en los pulmones, que pueden llegar a ser muy graves.

### **Herpes tipo 2**

Es una vaginitis muy frecuente, a diferencia del herpes-1, el mismo que provoca el herpes labial.

### **Síntomas**

- Vesículas llenas de suero y dispuestas en racimo, en la vulva, vagina y el ano.
- A veces, también en el interior de los muslos y en el cuello del útero.
- Dolores, prurito y ardor en las zonas donde se tienen las vesículas.
- Engrosamiento de los ganglios linfáticos situados en la zona inguinal.

### **Causas**

Esta patología también es adquirida por el contagio a través de las relaciones sexuales, mantenidas sin protección. También puede transmitirse al mantener relaciones sexuales orales si la pareja padece herpes labial. Actualmente, se considera

al estrés y la baja de defensas como un mecanismo de recurrencia del herpes.

### **Terapias**

El diagnóstico se efectúa con la clínica y la simple observación de las vesículas, que son muy características. La infección tiende a desaparecer por sí sola al cabo de una o dos semanas, pero las recaídas son frecuentes.

No existe un fármaco eficaz para acabar de una manera definitiva con el problema. De todas maneras, el medicamento más empleado es un potente antiviral por vía oral, que también se encuentra en presentaciones para uso tópico local, útil para evitar las recaídas y para atenuar los síntomas. En cualquier caso, es tu ginecólogo quién debe decidir si conviene emplearlo, ya que su seguridad durante el embarazo puede afectar al principio del embarazo, pero al final se recomienda darlos desde unas semanas antes del parto inclusive,

### **Consecuencias durante el embarazo**

La infección producida por el herpes puede pasar de madre a hijo durante el embarazo o el parto especialmente. Las probabilidades de contagio se ven aumentadas cuando la futura mamá está contagiada durante las últimas semanas de gestación.

Si pasa al feto, es muy posible que la infección produzca un retraso en su crecimiento, o bien un parto prematuro. Cuando el contagio se produce durante el parto, el niño puede tener problemas graves que pueden comprometer todo su organismo.

**Falta de Aseo Personal.-** Todos sabemos que mantener una limpieza e higiene corporal adecuada es muy importante, ya que previene de determinadas enfermedades e infecciones, además de favorecer la convivencia en sociedad. Determinadas partes de cuerpo humano necesitan una serie de cuidados específicos y más meticulosos que

otras. Esto sucede, por ejemplo, con el interior de la boca y, como no, con los órganos genitales, esta es una zona donde además de generarse olores corporales de cierta intensidad, pueden producirse un sinnúmero de infecciones, trastornos y molestias, derivados de la falta de higiene.

**Higiene de la mujer** Las infecciones vaginales son más frecuentes en los periodos de tensión, cuando la condición física general de la mujer decae. Pero el sobrepeso también puede predisponerla a las infecciones, ya que en los pliegues de grasa se acumulan las secreciones vaginales y el sudor, por lo que para evitarlas, en cualquier caso, aconsejamos mantener la vagina limpia y seca, a través de una buena higiene y bañarse o lavarse con cuidado siempre de delante hacia atrás. Existen determinadas situaciones en la vida de una mujer en las que esta debe extremar su higiene, estas son la menstruación y el postparto. Durante la menstruación la falta de limpieza puede provocar olores muy desagradables. Actualmente un gran número de mujeres utilizan tampones, los cuales, al no dejar salir el flujo menstrual al exterior, evitan muchas situaciones desagradables y comprometidas. Pero a pesar de la comodidad que supone, las mujeres que utilizan tampones deben hacerlo correctamente, no manteniendo el mismo dentro de la vagina durante demasiadas horas y procurando no utilizarlo para dormir. Después del parto en todos los hospitales recomiendan el lavado extremo de toda la zona genital cada vez que se orina o defeca, sobre todo si se ha realizado la episiotomía, ya que los puntos podrían infectarse. Si la mujer está dando de mamar el cuidado y la higiene con sus pechos a de ser extrema, limpiándolos con agua destilada antes y después de cada toma y protegiéndolos del frío y los golpes.

No es cierto que las mujeres mayores tienen un olor especial y necesitan mayor higiene, necesitan la misma dedicación que una persona joven y las que toman su ducha diaria y se lavan cuando es necesario no tienen ningún problema de olor corporal. Lo que sí que es cierto es que hay mujeres, que durante toda su vida, poseen un olor corporal más fuerte y necesitan lavarse con más frecuencia.

Los peligros por falta de higiene el no asearse adecuadamente los genitales, aumenta el riesgo de padecer infecciones con más frecuencia. De nadie es desconocido que la falta de higiene personal, tarde o temprano nos traerá problemas, pero lo que muchas mujeres desconocen es que la ausencia de aseo o la inadecuada forma de asearse, aumenta sustancialmente el riesgo de desarrollar cáncer cuello uterino. Y más aún, la mayoría de los diagnósticos de estos casos, se dan en mujeres en edad fértil.

Fuente: [www.juventudboricua.com/foro/sexualidad/-higiene-y-cuidados-de-nuestros-genitales-la-limpieza-adecuada.com](http://www.juventudboricua.com/foro/sexualidad/-higiene-y-cuidados-de-nuestros-genitales-la-limpieza-adecuada.com)

### **2.3.3.3. Anatomía del aparato urinario femenino**

En general, a menos que haya alguna variante o malformación todos los seres humanos deben tener:

- 2 riñones, uno izquierdo y uno derecho con su irrigación e inervación particular.
- 2 Uréteres.
- 1 vejiga.
- 1 uretra.

**González, M. (1988)**

#### **✓ Riñones.**

Son 2 órganos retro peritoneales en forma de haba, mide cerca de 12 centímetros de largo y cerca de 5 centímetros de grueso, pesando 150 gramos.

Están aproximadamente a la altura de las primeras vértebras lumbares, a nivel vertebral T12 a L3. El izquierdo esté ligeramente más elevado que el derecho. La porción externa del riñón se llama corteza renal, que descansa directamente debajo de la cápsula de tejido conectivo blando del riñón, profundamente en la corteza descansa la médula renal, se divide entre 10 a 20 pirámides renales.

La extremidad de cada pirámide (llamada la papila) se vacía en un cáliz, y los cálices se vacían en la pelvis renal. La pelvis transmite la orina a la vejiga urinaria por el uréter. **González, M. (1988).**

### ✓ La Vejiga

La vejiga es un órgano hueco, ubicado en forma extraperitoneal, en la excavación pelviana, formado por varias capas de tejido muscular liso orientado en diferentes direcciones, dos capas longitudinales, interna y externa, y una media en forma circular.

La orientación de estas capas musculares va cambiando en la medida que se acercan a la parte interna o proximal de la uretra, conducto de salida de la orina, convergiendo para formar el cuello vesical, al que les corresponde la función de esfínter interno. **Prats, (2005).**

Está compuesto el complejo esfinteriano de un esfínter interno, originado en la mencionada convergencia de fibras musculares lisas, involuntario, y un esfínter externo compuesto por fibras musculares estriadas lentas y voluntarias, ubicado entre las capas del diafragma urogenital.

Este esfínter externo mantiene un tono constante, responsable de la continencia en reposo, el que es potenciado en el curso de los esfuerzos por la contracción de los músculos estriados del piso pelviano. **González. M. (1988); Ferreira, F. (2005).**

### ✓ Los Uréteres.

Los uréteres son un par de conductos que transportan la orina desde la pelvis renal hasta la vejiga urinaria. La orina circula por dentro de los uréteres gracias a movimientos peristálticos.

La longitud de los uréteres en el adulto es de 25 a 35 centímetros y su diámetro de unos 3 milímetros. **Gonzáles. M. (1988); Ferreira, F. (2005).**

**a. Relaciones de los Uréteres.**

**b. Porción Abdominal:** El uréter es retroperitoneal. Nace a la altura de la tercera vértebra lumbar (L3) y discurre paralelo a los cuerpos vertebrales de L3, L4 y L5. Por delante se encuentra el duodeno, por dentro la vena cava y la arteria aorta y por los lados los dos riñones.

**c. Porción Sacro ilíaca:** El uréter pasa sucesivamente por la aleta sacra y la sínfisis sacro ilíaca antes de cruzar por delante de los vasos ilíacos.

**d. •Porción Pélvica:** Difiere del hombre al pasar por detrás de las vesículas seminales y del conducto deferente. En la mujer el uréter está debajo de los ovarios, del ligamento ancho y discurre a corta distancia del cuello del útero y de los fondos de la vagina.

**e. •Porción vesical:** El uréter atraviesa la pared posterior de la vejiga de forma oblicua durante algunos centímetros, siendo la propia contracción de los músculos de la vejiga los que cierran el meato uretral y el reflujo de orina hacia los uréteres. **Gonzáles. M. (1988); Ferreira, F. (2005).**

✓ **La Uretra.**

La uretra es más corta en la mujer que en el hombre, en la mujer la uretra tiene una longitud entre 2,5 y 4 centímetros y desemboca en la vulva entre el clítoris y el introito vaginal.



Esta corta longitud de la uretra femenina explica la mayor susceptibilidad de infecciones urinarias en las mujeres. **González. M. (1988); Ferreira, F. (2005).**

### ✓ **Fisiología Renal**

Durante el embarazo el sistema renal sufre cambios anatómicos y fisiológicos la comprensión de estos cambios es necesaria para entender mejor como pueden provocar o empeorar la enfermedad renal.

En los dos primeros trimestres el flujo renal plasmático aumenta en un 50 – 70% que conlleva a un aumento de la tasa de filtración glomerular.

La filtración glomerular aumenta en la 13 semana de embarazo pueden alcanzar niveles de hasta 150% de lo normal.

Los niveles de progesterona dan como resultado la relajación del músculo liso y disminuye la resistencia vascular periférica y con ello disminuye la presión arterial.

Produce cambios anatómicos y estos se encuentran principalmente en el sistema colector, se produce una dilatación de los uréteres y en la pelvis renal, secundaria al efecto relajante de la progesterona sobre la musculatura lisa, esta dilatación es más pronunciada en el lado derecho debido a la dextrorrotación del útero y la dilatación del plexo venoso derecho. Esto puede conducir a la estasis urinaria, por tanto mayor riesgo de desarrollar infecciones del tracto urinario.

Existe también el aumento de la carga del filtro de la glucosa, que puede resultar en la glucosuria renal.

Durante el embarazo existe una hiperventilación lo que provoca una alcalosis respiratoria crónica y una caída en el valor apropiado de bicarbonato sérico, alterando el pH

Por lo general los cambios fisiológicos, se dan máximo hasta finales del segundo trimestre, luego comienzan a decrecer a sus niveles normales en el parto, mientras que los cambios anatómicos toman hasta tres meses postparto.

Además, se advierte que durante el embarazo normal ocurre una hipertrofia de la función renal.

Un número importante de investigaciones sugiere que el lactógeno placentario ejerce efectos metabólicos del tipo hormona del crecimiento, lo que explica cuando menos en parte la hipertrofia renal.

Además, es probable que el aumento del cortisol durante el embarazo aumente también la función renal. De otro lado, resulta posible que las alteraciones del volumen extracelular que ocurre durante el embarazo influya en la intensidad de filtración glomerular y en el flujo plasmático renal eficaz. En la mujer embarazada se observa hipervolemia fisiológica temprana así como aumento de la intensidad de filtración glomerular y del flujo plasmático renal. **Álvarez-Barranco, (2007).**

✓ **Principales cambios que se producen en el embarazo:**

El hidrouréter y la hidronefrosis del embarazo, permaneciendo la controversia entre los factores hormonales y los factores mecánicos, como explicación a tal efecto. **Porth, (2007).**

El hidrouréter en el embarazo se caracteriza por aumento en el diámetro de la luz, hipotonicidad e hipomotilidad del músculo ureteral, y desde el punto de vista anatómico por tortuosidad en el segundo y tercer trimestre, estando dilatado con mayor frecuencia el uréter derecho que el izquierdo. La dilatación suele estar localizada por encima del estrecho superior de la pelvis.

Las investigaciones realizadas al respecto sostienen que el flujo de orina se encuentra reducido y la peristalsis ureteral disminuida, con producción de estasis, lo que representa una oportunidad para la infección ascendente. **Porth, (2007).**

Se sostiene que la dilatación ureteral es más extensa en primigrávidas y en multíparas con sucesión rápida de embarazos, sugiriendo que la dilatación era menos frecuente y menos pronunciada cuando se intercalan intervalos prolongados entre las gestaciones.

La explicación sería que la mayor resistencia de la pared del abdomen en las primigrávidas contribuye a un incremento de la presión sobre los uréteres, causando dilatación, y que la pared laxa de las multíparas, por lo menos con embarazos bien espaciados, proporcione una almohadilla o cojín por el agrandamiento del útero, lo que sin duda amortigua la presión sobre los uréteres.

Varias investigaciones sostuvieron que la dextrorrotación del útero contribuía a la dilatación más frecuente del uréter derecho.

La hipertrofia al crecimiento del tejido conectivo del músculo liso al edema inflamatorio **Porth, (2007).**

El tono muscular y la motilidad de los uréteres disminuyen después del tercer mes, con recuperación de la tonicidad en el último mes del embarazo.

Los cambios en la actividad del uréter durante el embarazo fueron atribuidos a la presencia de grandes cantidades de hormonas, particularmente de la progesterona; sin embargo esto no ha podido ser demostrado.

De esto resulta que son los factores obstructivos los que han recibido mayor atención en la literatura, la dilatación era tan sólo el resultado de la compresión por un útero aumentado de volumen. Esta conclusión la estableció a partir de datos proporcionados por gran número de pielogramas intravenosos obtenidos durante el embarazo y después de descompresión del abdomen en posición genupectoral. **Harrou. (2006)**

La compresión mecánica de los vasos iliacos sobre el uréter y a la compresión consecutiva por el útero agrandado. **Dure-Smith. (2008)**

#### **2.3.3.4. Infección de Vías Urinarias asociadas a la prevalencia de parto pretérmino**

Las primeras descripciones de los pacientes que sufren de la orina se remontan al año 1550 antes de la era cristiana, en los papiros hallados en Egipto, considerado como el libro de medicina más antiguo. Hipócrates, 400 años antes de Jesucristo destacó la importancia de la observación de la orina Uroscopia interpretando las enfermedades por las características del sedimento. En el año 1884, Escherichia, pediatra alemán identificó la bacteria que hoy lleva su nombre y en 1894 demostró su presencia en la orina de pacientes con infección urinaria. Las últimas 3 décadas, con el desarrollo de la biología molecular, han sido sin duda las más importantes para el conocimiento de la Infección del Tracto Urinario.

La Infección del Tracto Urinario (ITU) se define como la invasión, colonización y multiplicación en la orina de gérmenes patógenos independientemente de su localización y de la presencia o no de síntomas. Además podemos clasificarlas según la severidad como Complicada o No Complicada, cuando se detecten o no alteraciones anatómicas o funcionales en el tracto urinario.

La infección del tracto urinario es la patología más frecuente durante el período gestacional que afecta al 15% de éstas, y se define como la aparición bacteriana en la orina que afecta el sistema urinario desde el tracto tanto inferior como superior, o ambos. **Moghadas A. (2009:107)**

Existen varias vías para producir infección urinaria: la ascendente, descendente, por contigüidad y a través de la submucosa ureteral, vías linfáticas y hemáticas. La vía ascendente es la más importante, y es seguida por los gérmenes que anidan en la vejiga o que llegan a ella a partir de la flora perineal.

La vía descendente donde los gérmenes alcanzan el riñón por vía hemática o linfohemática difícilmente se produce en un riñón sano; pero factores como la obstrucción uretral y la isquemia renal pueden favorecerla. Por contigüidad, donde el punto de partida del germen infectante fuera el intestino, también es muy infrecuente. Como en todas las infecciones, el inicio, curso y desenlace dependen de la agresividad y virulencia del microorganismo infectante, de la capacidad de respuesta del huésped infectado y del entorno de ambos **Cabero Roura Luis (2005)**

La mayoría de los casos de pielonefritis ocurren en el segundo trimestre, además las afecciones de vías urinarias por los cambios físicos y fisiológicos promueven al apareamiento de esta enfermedad, y que está estrechamente relacionada con la amenaza de parto prematuro.

Las mujeres hospitalizadas con amenaza de parto prematuro presentaron, pielonefritis aguda y esta fue afebril durante 72 horas, y casi 1 de 4 mujeres tenía anemia.

La disfunción renal aguda fue poco común ocurrió únicamente en 2 % de embarazadas hospitalización. **Cabero, R. (2005)**

### ✓ **Mecanismos de defensa de infecciones urinarias de las mujeres embarazadas**

Con excepción de la mucosa uretral, el tracto urinario es resistente a la colonización bacteriana y está capacitado para eliminar los gérmenes patógenos y no patógenos que lleguen a la vejiga.

Esto lo logra por diversos mecanismos:

- a. Actividad antibacteriana de la orina.
- b. Proteína de tamm-horsfall que se une a la E. coli precipitándola y evitando su adhesión al tracto urinario.
- c. El mecanismo de barrido del tracto urinario.
- d. Los glicosaminoglicanos que recubren la mucosa y evitan la adherencia bacteriana.
- e. Los anticuerpos presentes en las secreciones vaginales que impiden la colonización del introito y del área periuretral **CONNOLLY Anna Marie, THORP John M. (2006: 779-787).**

### ✓ **Epidemiología**

Las embarazadas tienen mayor riesgo de padecer una infección del tracto urinario (ITU). Desde la semana 6 con un pico entre las 22 y 24 semanas, el 90 por ciento de las embarazadas tienen una dilatación ureteral que persiste todo el embarazo (hidronefrosis del embarazo).

El aumento en el volumen y la disminución en el tono de la vejiga, junto con la disminución en el tono ureteral, contribuyen a la ectasia y al reflujo ureterovesical.

También, el aumento fisiológico en el volumen plasmático durante el embarazo disminuye la concentración urinaria. Un 70 por ciento desarrollan glucosuria que favorece el crecimiento bacteriano.

El aumento de la progesterona y los estrógenos en orina llevan a una disminución en la capacidad de resistir la invasión bacteriana. Todo esto lleva a que la mujer embarazada tenga mayor propensión a las infecciones urinarias.

Los microorganismos implicados en la infección urinaria no han cambiado de forma significativa en los últimas dos décadas, permaneciendo la E. Coli como el principal patógeno. **Hácil Elían, C. D. (2005: 13-27).**

Más del 95% de las infecciones del tracto urinario son causadas por una única especie bacteriana.

Es de amplio conocimiento que la infección de vías urinarias es una patología de prevalencia importante en las mujeres gestantes afectando entre 50 y 80% esto atribuido a cambios funcionales y anatómicos propios del embarazo. La presentación clínica más frecuente es la bacteriuria asintomática con una prevalencia del 17-20% de los embarazos; en segundo lugar se encuentra la cistitis aguda con 1.5 % y finalmente la pielonefritis aguda de 1-2%; desencadenando con ello una serie de complicaciones tanto en la madre como en el feto. **Vallejos C, López M, Enríquez M, Ramírez B. (2010: 118-122)**

De acuerdo a lo expresado por Vallejos en su artículo: “Se estima que el 40% de las mujeres han tenido una ITU alguna vez en su vida, y aproximadamente del 2-7% de embarazadas presenta ITU en algún momento de la gestación, siendo más frecuente en multíparas, en medio socioeconómico bajo y de acuerdo con la edad a mayor edad, mayor predisposición a este tipo de infecciones”

#### ✓ **Etiopatogenia**

Los microorganismos que producen las ITU en las embarazadas son los mismos que en la mujer no embarazada. El 80 al 90 por ciento de las infecciones son producidas

por la *Escherichia Coli*. Otros gram-negativos como el *Proteus mirabilis* y la *Klebsiella pneumoniae* también pueden encontrarse.

Los microorganismos Gram-positivos como el estreptococo grupo B y el *Staphylococcus saprophyticus* son menos comunes. El estreptococo Grupo B es de gran importancia en el manejo de la embarazada. Mucho menos frecuentes son el enterococo, la *Gardnerella vaginalis* y el *Ureaplasma urealyticum*.

**Uropatógenos comunes:** *Escherichia Coli*, *Klebsiella* spp., *Proteus* spp., *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter* spp., *Serratia*, *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus* spp., *Staphylococcus saprophyticus*, *Providencia* spp., *Morganella morganii*, *Candida* spp., *Staphylococcus coagulase negativo*

**Uropatógenos menos frecuentes:** *Neisseria gonorrhoeae*, *Streptococcus agalactiae*, *Gardnerella vaginalis*, *Corynebacterium jeikeum*, *Corynebacterium* grupo D-2.

**Flora normal:** *Diphtheroides*, *Bacillus* spp., *Micrococcus*, *Lactobacillus* spp., *Streptococcus*.

(Infección de Vías Urinarias, Diagnóstico y tratamiento, A, Guaman Pontificia Universidad Católica de Chile.1997; 26:150-155).

### ✓ **Diagnostico**

Se basa en los datos clínicos y resultados de laboratorio. Debemos tomar una muestra limpia de orina para estudio del sedimento urinario, la presencia de leucocitaria y piuria nos orienta hacia el diagnóstico, aunque se pueden encontrar en otras situaciones clínicas, la hematuria y la proteinuria son ligeras y la presencia de cilindros leucocitarios y granulados indican posible pielonefritis.

Estos elementos pueden determinarse con la realización de las siguientes pruebas. Parcial de orina. La orina infectada puede ser turbia y con pH alcalino sobre todo en infecciones por microorganismos que desdoblan la urea (*Proteus*). Puede detectarse



proteinuria ligera a moderada y el número de leucocitos y hematíes estar por encima de los 10 elementos por mililitros. Cistitis: encontraremos leucocituria, hematuria y cilindruria.

Además de estudiar el sedimento se tiñe la orina con Coloración de Gram, si se observan bacterias en esta prueba generalmente se corresponde con un urocultivo de más de 100 000 UFC/ml de orina. Para el diagnóstico de localización debemos auxiliarnos de los resultados del hemograma, eritrosedimentación globular y proteína C reactiva, cuando se trata de una pielonefritis generalmente encontramos leucocitosis con neutrofilia, eritrosedimentación acelerada y proteína C reactiva positiva.

El diagnóstico de certeza lo realizamos con el cultivo de orina que debe ser tomado antes de iniciar la terapia antimicrobiana. Contamos con diversos métodos para la toma de orina para el cultivo. El más simple es la colocación de una bolsa colectora en la región perineal, si es negativo descarta la presencia de ITU pero tiene el inconveniente que es muy elevada la posibilidad de contaminación y el alto por ciento de falsos positivos.

El crecimiento de más de 100 000 UFC/ml de un solo microorganismo confirma el diagnóstico. El urocultivo debe repetirse a las 72 horas para evaluar la eficacia del tratamiento y una vez concluido el mismo. Estudio Radiológico. Ultrasonido Renal y Vesical. Brinda información sobre el número, forma y tamaño de los riñones y uréteres además de características anatómicas y funcionales de la vejiga. **Estrada, A. (2010)**

#### **a) Cistitis Aguda**

La cistitis aguda se diferencia de la bacteriuria asintomática por la presencia de síntomas como disuria, urgencia miccional y polaquiuria en mujeres afebriles sin

evidencia de enfermedad sistémica. Cerca del 30 por ciento de las mujeres con bacteriuria asintomática no tratada van a desarrollar una cistitis.

En general, el tratamiento de la cistitis se inicia antes de obtener los resultados del cultivo. El antibiótico de elección, al igual que en la bacteriuria asintomática, debe enfocarse a cubrir los gérmenes patógenos más comunes y puede cambiarse luego de que se identifica al organismo causal y se determina la sensibilidad. El tratamiento por tres días en la mujer no embarazada tiene la misma tasa de curación que un tratamiento de 10 días en la mujer no embarazada.

Pero, esto no se demostró en la paciente obstétrica. Las pacientes tratadas por menos tiempo tienen mayores chances de recurrencia. El Estreptococo grupo B es generalmente susceptible a la penicilina, pero la E. Coli y otros gram-negativos tienen una mayor resistencia a este agente.

#### **b) Pielonefritis**

La pielonefritis durante el embarazo es una patología sistémica grave que puede llevar a la sepsis materna y a una amenaza de parto prematuro. El diagnóstico se realiza cuando la bacteriuria se acompaña de síntomas o signos sistémicos como fiebre, escalofríos, náuseas, vómitos y dolor en los flancos. Los síntomas de infección de la vía baja (disuria, polaquiuria) pueden o no estar presentes. La pielonefritis ocurre en el 2 por ciento de las embarazadas con una recurrencia del 23 por ciento.

Se debe realizar un tratamiento precoz y agresivo para prevenir las complicaciones. Toda paciente con contracciones o con signos de sepsis o con vómitos que la llevan a la deshidratación requiere internación.

Un trabajo randomizado en base a 90 pacientes obstétricas con pielonefritis comparó el tratamiento oral con Cefalexina y no encontró diferencias en los dos grupos en cuanto al éxito del tratamiento, el peso del recién nacido y la prematurez.

El tratamiento antibiótico puede iniciarse antes de obtener los resultados del urocultivo. En caso de requerir internación con terapia parenteral, la misma debe continuarse hasta que la mujer esté afebril. La mayoría de las pacientes responden a la hidratación y a los antibióticos en 24 a 48 horas. La causa más común de falla en el tratamiento es la resistencia antibiótica. Si la fiebre persiste pese a una antibioticoterapia adecuada, se debe descartar la presencia de una alteración anatómica. Una infección persistente puede deberse a una urolitiasis, que ocurre en una cada 1,500 embarazos o, menos frecuentemente, debido a anomalías renales congénitas o a un absceso perinéfrico.

El diagnóstico se hace con ecografía renal. En caso de sospechar una anomalía estructural que no fue vista por ecografía, se puede realizar una pielografía pero se debe tratar de evitar por el peligro de la radiación en el feto.

### ✓ **Diagnóstico Diferencial**

Entre los diagnósticos diferenciales encontramos los cuadros abdominales agudos (FDI- dolor abdominal recurrente crónico) litiasis renal, foco originario o localización de sepsis. Muchas veces los cuadro de apendicitis aguda confirmada, se diagnostican como infección urinaria dentro del quirófano. Los signos y síntomas inespecíficos clínicamente similares a otros cuadros frecuentes correspondientes a vaginitis, vulvitis, oxiuriasis e hipercalciuria.

### 2.3.3.5. Prevalencia de Parto Pretérmino

El parto prematuro y/o pretérmino se define como el nacimiento espontáneo o provocado que se presenta después de la semana vigésima de edad gestacional y antes de la trigésimo séptima; a su vez, el recién nacido de pretérmino, según su peso, puede ser hipotrófico, eutrófico o hipertrófico, de acuerdo a las tablas de edad gestacional. **Irriarte, C. (2006).**

Durante mucho tiempo la entidad se conoció como parto prematuro sin embargo la demarcación para referir un nacimiento de estas características, lo establece la edad gestacional en semanas, la madurez o premadurez depende de circunstancias individuales, de cada embarazo y no necesariamente de la edad gestacional; así la calificación real de madurez, solo es posible establecer después del nacimiento.

Por otra parte la resolución obstétrica puede lograrse mediante un parto o través de operación cesárea de manera que el calificativo debe ser el de nacimiento pretérmino y no de parto prematuro. **Cabero, R. (2005).**

Por lo expuesto en este estudio, se define como el parto que se produce entre las 20-22 y antes de haber completado las 37 semanas de embarazo, contadas a partir del primer día de la última menstruación (259 días de gestación).



Figura N°.4: Parto pretérmino inmaduro  
Fuente: HPGL (2013)

- **Parto pretérmino inmaduro:** es el parto que ocurre entre las 20-22 y las 28 semanas de embarazo.
  
- **Amenaza de parto pretérmino:** es la aparición de contracciones uterinas propias del trabajo de parto en pacientes con membranas íntegras entre las 20-22 y antes de las 37 semanas de embarazo, con pocas modificaciones del cuello uterino. Las contracciones uterinas deben ser clínicamente palpables, de 30 segundos o más de duración y una frecuencia de una o más en diez minutos, durante un período mínimo de una hora, capaces de producir modificaciones cervicales leves; borramiento del cérvix uterino del 80% o menos, y una dilatación igual o menor a 2 cm.

La amenaza así como el parto pretérmino presenta una similar incidencia en cuanto a su relación con la morbilidad neonatal, igualmente encontrándose en esta entidad una ocurrencia del 5-10% de los nacimientos. Hay evidencias que sugieren que la infección juega un rol importante en la patogénesis del parto prematuro. Se postula que hasta un 50% de partos pretérmino inferior a 30 semanas, de forma directa o indirecta, son de causa infecciosa, según lo señalado por **Goldemberg R y col. (2008:245)**

Tanto el parto pretérmino como la amenaza se pueden dividir en: parto prematuro espontáneo: 75%, parto prematuro indicado: 20 a 30%, según lo indica Cremonte en su artículo, relacionando con características individuales y colectivas de las gestantes, independientemente de la edad gestacional en la que la complicación se presenta

#### - **Aborto y Amenaza de Aborto**

Según la organización mundial de la salud OMS, se encuentra definido el aborto como: “la expulsión o extracción de su madre de un embrión o feto que pese 500 gramos o menos”. Peso que corresponde a una edad gestacional entre las 20 y 22

semanas; el aborto se puede clasificar en temprano: presentación menor a las 12 semanas de gestación y tardío: ocurrencia en una edad gestacional mayor a 12 semanas y menor a las 20 semanas.<sup>24</sup>

Según, **Ruiz A. (2010:216-220)**, en su capítulo titulado Aborto, publicado en el departamento de Ginecología y obstetricia en la Universidad Nacional:

*“La causa del aborto es muy florida dividiéndose en factores fetales o cromosómicos, factores maternos y ambientales; donde encontramos la infección urinaria ubicada en el grupo de los factores maternos en el aparte de las infecciones; al evaluar la etiología completa del aborto la infección urinaria resulta ser un factor de una significancia muy baja pero al referirnos al punto de vista que abarca este estudio resulta ser que el aborto como complicación esperada en la infección urinaria cobra importancia no es de las complicaciones más frecuentes pero ocupa un lugar importante en esta relación”.*

La amenaza de aborto se define como un cuadro clínico caracterizado por sangrado de origen endouterino, generalmente escaso, que se presenta en las primeras 20 semanas de gestación, acompañado de dorsalgia y dolor tipo cólico. Al examen obstétrico se encuentra el cuello largo y cerrado. Se considera que 50% de las amenazas de aborto terminan en aborto a pesar de cualquier medida terapéutica.

### **Clasificación**

Es necesario efectuar una clasificación de aborto según el cuadro clínico de la paciente y de esta forma, instaurar el tratamiento adecuado según cada caso.

Aunque se puede clasificar también teniendo en cuenta el tiempo de gestación y condición dentro de la cual se presenta. Dentro de la clasificación se tiene en cuenta los artículos reportados por Ruiz A. en el Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad Central del Ecuador. Y Rodríguez A, y colaboradores en la Guía de atención del aborto. Secretaría del MSP-Ecuador, lo siguiente:

### **a) Tiempo de Gestación:**

Aborto temprano: edad gestacional menor de 9 semanas.

Aborto tardío: edad gestacional mayor a 9 semanas.

### **b) Forma de presentación del Aborto**

#### **Espontáneo**

**Inducido**: en la legislación ecuatoriana no se acepta este tipo de aborto y el código penal contempla sanciones a quienes lo practiquen.

**Terapéutico**: terminación de la gestación con el fin de salvaguardar la vida de la madre.

Voluntario: realizado por solicitud de la embarazada sin que existan motivos relacionados con la salud materna o patología fetal.

**Voluntario**: realizado por solicitud de la embarazada sin que existan motivos relacionados con la salud materna o patología fetal. **Rodríguez A, León H. (2009:316) & Ruiz A. (2010:219)**

### **c) Amenaza de Aborto**

Caracterizado por dolor tipo cólico que usualmente se irradia a región lumbosacra asociado a sangrado genital escaso que se puede prolongar durante varios días, el cuello está cerrado formado y sin ningún tejido extraño a su alrededor. El 50% de los casos evoluciona hacia el aborto con tres cuadros clínicos el aborto retenido, el aborto incompleto, o el aborto completo. **Rodríguez A, León H. (2009:314)**

#### **d) Aborto en Curso**

El dolor pélvico aumenta en intensidad y el sangrado genital es mayor. Al examen ginecológico se encuentran cambios cervicales orificio cervical interno permeable membranas íntegras. Cuando la actividad uterina aumenta y los cambios cervicales son mayores con borramiento y dilatación. **Rodríguez A, León H. (2009:316) & Ruiz A. (2010:219)**

#### **e) Aborto Retenido**

El embrión o feto muere o se desprende y queda retenido in útero y no hay expulsión de restos ovulares. Se presenta cuando el útero no aumenta de tamaño, los signos y síntomas del embarazo disminuyen o desaparecen y los hallazgos ecográficos correlacionan el diagnóstico. Existe retención del embrión o feto después de su muerte durante un periodo de cuatro semanas, proceso conocido como aborto frustrado; no obstante, actualmente con los métodos ecográficos se confirma el diagnóstico de forma rápida y, así mismo, puede realizarse una intervención adecuada. **Rodríguez A, León H. (2009:317). Ruiz A. (2010:220) & Moghadas A. (2009:109-110).**

#### **f) Aborto Incompleto**

Expulsión parcial de restos embrionarios o trofoblásticos, acompañado de sangrado que puede ser profuso dado por la denudación de los vasos del sitio de implantación de la placenta que deprivan la vasoconstricción dada por las contracciones miometriales; este sangrado en algunas ocasiones es causa de hipovolemia.<sup>27 28</sup> Al examen ginecológico el cuello es permeable hasta la cavidad. El útero disminuye de tamaño. Cuando el aborto ocurre antes de la semana 10, la placenta y el embrión se expulsan conjuntamente; después de este tiempo se eliminan separadamente. **Rodríguez A, León H. (2009:316). Ruiz A. (2010:219) & Moghadas A. (2009:105-108)**



### **g) Aborto Completo**

Expulsión total del embrión o feto y las membranas ovulares; desaparece el dolor y el sangrado genital disminuye, los hallazgos del examen ginecológico evidencia cuello cerrado, útero disminuido de tamaño y bien contraído. Generalmente ocurre cuando la gestación es menor de 8 semanas. **Rodríguez A, León H. (2009:317).**

**Trabajo de parto pretérmino:** dinámica uterina igual o mayor a la descrita para la definición de amenaza de parto prematuro (4 contracciones en 20 minutos u 8 en 1 hora), pero con modificaciones cervicales mayores, tales como borramiento del cérvix mayor al 80% y una dilatación mayor de 2 cm. También llamado parto pretérmino establecido cuando la dinámica uterina es mayor.

Para un diagnóstico más adecuado y preciso se debe tener en cuenta la actividad basal y la contractibilidad normal del útero; existe un tono uterino basal de 6 a 8 mm de Hg permanentemente y la aparición de las contracciones de “Braxton-Hicks” de baja frecuencia e intensidad 10 a 15 mm de Hg que se hace en forma progresiva a medida que aumenta la edad gestacional en el embarazo hasta lograr preparar el útero, el segmento y el cuello, para el inicio del trabajo de parto.

Según las Guías de Atención de parto pretérmino de la Secretaría de Salud de Ecuador la Asociación de Obstetricia y Ginecología, lo definen como:” la instauración del trabajo de parto (actividad uterina dolorosa, repetitiva, regular y persistente) que origina cambios progresivos en el cuello uterino que permiten el descenso y nacimiento del recién nacido entre las 20 y 37 semanas de gestación (140-259 días)”. **Iragorri V, Rodríguez A, Perdomo D. (2009)**

Esta complicación abarca un gran porcentaje a nivel nacional e internacional como causa de morbilidad neonatal en un 75 a 83%, sin malformaciones congénitas y el 50% de presentar secuelas neurológicas como lo afirma la Guía de atención Materna del 2009, en asociación a esto en el estudio realizado por **Castrillo**

**Cárdenas K y col.** Se registra una frecuencia de 5 a 10% del total de nacimientos en países centro americanos, asociados a infección urinaria en un 20% junto con otras patologías como preeclampsia y anemia, En Ecuador los registros se encuentran entre un porcentaje del 7 a 12% de los embarazos, los cuales hasta un 80% dependiendo de características de la población son causantes de morbilidad neonatal según las Guías de la Secretaria de salud de Ecuador. **Castrillo K, Zúñiga D, Arrieta F. (2010: 145-149)**

#### ✓ **Factores de riesgo para parto pretérmino**

Su etiología aún está poco establecida, tras la prematuridad se encuentra un amplio conjunto de factores estrechamente relacionados entre ellos; y cada vez se tiende más a una explicación multicausal de la prematuridad Parece obvio pensar que las condiciones que acompañan al estatus socioeconómico regulan diversos aspectos ambientales, psicológicos, que a su vez inciden en la prematuridad. **Cabero, R. (2005)**

En un estudio en México, muestra que el parto prematuro es resultado de un trabajo de parto espontáneo en casi 50% de los casos, ocurre después de la rotura prematura de membranas en 30%, y es iatrogénico (por complicaciones maternas o fetales) en el 20% restante. El estado que precede al parto prematuro es la amenaza de trabajo de parto prematuro, que en Estados Unidos representa el diagnóstico que más a menudo conduce a hospitalización durante el embarazo.

El antecedente de parto prematuro es un factor pronóstico de amenaza de este tipo de parto entre las 24 y 36 semanas de embarazo.

Además, en la incidencia de parto prematuro influyen factores socioeconómicos, entre los que destaca la frecuencia significativamente mayor en embarazadas jóvenes (sobre todo menores de 17 años de edad), de bajo nivel socioeconómico, solteras o sin apoyo social y fumadoras. En el estudio multicéntrico EUROPOP

(European Program of Occupational Risks and Pregnancy Outcome), realizado en España entre el 1 de octubre de 1995 y el 31 de septiembre de 1996, se demostró que las diferencias sociales representadas por el grado de escolaridad materna y los ingresos familiares son factores que influyen en el riesgo de parto prematuro, y también las edades extremas de la vida reproductiva y los antecedentes obstétricos adversos.

Por lo general existen factores de riesgo de diferente naturaleza que los podemos clasificar de acuerdo a los antecedentes gineco-obstétricos, factores de tipo demográfico, de hábitos y conductas, trastornos médicos y complicaciones del embarazo, que se trata de enumerar como:

<b>Factores Maternos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antecedente de parto pretérmino.</li> <li>- Nivel socioeconómico bajo.</li> <li>- Raza no blanca</li> <li>- Edad materna menor de 18 o mayor de 40 años.</li> <li>- Ruptura prematura de membranas.</li> <li>- Gestación múltiple.</li> <li>- Historia materna de 1 o más abortos espontáneos en segundo trimestre.</li> <li>- Sangrado de primer o segundo trimestre.</li> </ul>
<b>Comportamientos Maternos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cigarrillo.</li> <li>- Drogas adictivas o psicofármacos.</li> <li>- Alcohol.</li> <li>- Falta de control prenatal.</li> <li>- Actividad física excesiva.</li> <li>- Estrés materno.</li> <li>- Desnutrición.</li> </ul>
<b>Causas Infecciosas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Corioamnionitis.</li> <li>- Vaginitis bacteriana.</li> <li>- Bacteriuria asintomática.</li> <li>- Pielonefritis.</li> <li>- Colonización cervical o vaginal</li> </ul>
<b>Causas Uterinas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Miomas.</li> <li>- Septos uterinos.</li> <li>- Útero bicorne</li> </ul>

Cuadro N°.2. Factores de Riesgo para Parto Pretérmino

Fuente: MSP-Ecuador (2012)

Investigado por: MESÍAS, M. Lucetty Yoled (2013).

✓ **Diagnóstico de Pato Pretérmino:**

**Anamnesis**

1. Dolor abdominal tipo contracción
2. Presión pélvica o dolor en espalda baja
3. Embarazo igual o menor a 37 semanas
4. Antecedentes clínicos y obstétricos de: edad menor de 18 años o mayor de 35 años, nivel socioeconómico bajo, RPM pretérmino o parto pretérmino previo, sobredistensión uterina (gemelos, polihidramnios, miomas, malformación uterina), trauma materno, incompetencia cervical, bacteriuria asintomática, pielonefritis aguda, ITS, vaginosis bacteriana, infección estreptococo grupo B, neumonía, paludismo, fiebre tifoidea, apendicitis.



Figura N°.5: Infección estreptococo asintomática en el neonato  
Fuente: HPGL (2013)

✓ **Examen físico**

2. Contracciones uterinas mínimo 3 en 30 minutos, pueden ser dolorosas o no.
3. Aumento o cambio en la secreción vaginal.
4. Sangrado genital
5. Salida de tapón mucoso cervical.
6. Borramiento del mayor 50%, mayor a 3 cm.

✓ **Exámenes de laboratorio.**

Biometría hemática

EMO

Urocultivo

Cristalografía

Gram y fresco de secreción vaginal

Ecografía abdominal para confirmación de peso fetal y edad gestacional, ILA, longitud del cuello del útero. (Monitoreo fetal electrónico. Hospital Materno Infantil **Sardá., Ramón (2003).**

✓ **Conducta a seguir en el parto prematuro**

Comunicar al servicio de neonatología para que exista una coordinación entre el parto y la recepción del recién nacido.

Si el embarazo menor a 37 semanas actividad uterina 3 en 10 minutos dilatación menor a 3 cm y Borramiento menor del 50 %.

Realizar un examen clínico minucioso, además de un examen especular y al final un tacto vaginal.

Se debe realizar un EMO, cristalografía y Gram y fresco de orina, si existiera algún tipo de infección de vías urinarias se debe dar el tratamiento específico.

✓ **Maduración Fetal**

Si tiene menos de 34 se coloca maduración pulmonar con corticoides:

- Betametasona 12 mg IM y a las 24 horas (total 2 dosis).

- Dexametasona 6 mg IM y cada 12 horas (total 4 dosis).

No se requiere nuevas dosis semanales de corticoides para conseguir efectos beneficiosos perinatales.

#### ✓ **Bajo peso al nacer**

El bajo peso al nacer según consenso con diversos artículos entre ellos el realizado por Castaño en el 2008 en la Ciudad de Manizales, Colombia la definen como: “neonato con un peso menor a 2500 gramos, independiente de la edad gestacional y cualquiera que sea la causa.”<sup>4</sup>. Se considera como la segunda causa de mortalidad perinatal, con incidencia a nivel mundial del 17%, cifra que asciende en aquellos países subdesarrollados como Colombia en un 19%, en comparación con países desarrollados tipo Estados Unidos la cual oscila en un 7%, en relaciones con diversos tipos de variables que influyen a la aparición de este en los neonatos. **Castaño J, Giraldo J, Murillo C, Jordán Y, Orozco J, Robledo (2008:20-25).**

Revisando la literatura en cuanto a factores que influyen en la aparición de bajo peso, se mencionan patologías como: preeclampsia, anemia, infección urinaria, entre otras citadas en el estudio realizado por Guevara, en donde en una población de 158 recién nacidos con bajo peso se evaluaron diversos factores en los cuales el que presentó mayor probabilidad de concebir neonatos de bajo peso se relacionó con la edad gestacional, la preeclampsia, las infecciones entre las que se destacan la vaginosis e infección de vías urinarias con la probabilidad de tres veces más en comparación con las que no presentan la patología, el estado nutricional, entre otras. **Guevara JA, Montero H, Montero E, Fernández RM, Cordero R, Villamil Y (2009:13)**

Diversos artículos en donde relacionan diversas patologías con la aparición de un neonato con bajo peso se reportan en investigaciones realizadas por **Eliud Soto Rebollar y Bertot**, en cada uno de los estudios se destaca la infección urinaria como

una variable de gran importancia para la presentación tanto de parto pretérmino y bajo peso, con un riesgo relativo de 1,14 y un 2,23 respectivamente. **Rebollar E, Ávila J, Gutiérrez V (2010: 117-122).**

#### ✓ **Amenaza de parto Pretérmino**

La amenaza así como el parto pretérmino presenta una similar incidencia en cuanto a su relación con la morbilidad neonatal, igualmente encontrándose en esta entidad una ocurrencia del 5-10% de los nacimientos. Hay evidencias que sugieren que la infección juega un rol importante en la patogénesis del parto prematuro. Se postula que hasta un 50% de partos pretérmino inferior a 30 semanas, de forma directa o indirecta, son de causa infecciosa, según lo señalado por **Goldemberg R y col. (2008:21)**

Tanto el parto pretérmino como la amenaza se pueden dividir en: parto prematuro espontáneo: 75%, parto prematuro indicado: 20 a 30%, según lo indica Cremonte en su artículo, relacionando con características individuales y colectivas de las gestantes, independientemente de la edad gestacional en la que la complicación se presenta. **Cremonte A. (2007:213-214)**

#### **2.3.3.6. Embarazo con Factor de Riesgo**

Factor de riesgo es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos.

Se han diseñado múltiples listados con factores de riesgo a los cuales se les asigna un puntaje, los que sumados, indicarían la necesidad de que esa gestación se controle en el nivel primario, secundario o terciario de atención prenatal. La evaluación de la

condición materna se inicia con una anamnesis personal y familiar, en busca de patologías médicas que puedan influir negativamente en la gestación. De igual forma se recopilan antecedentes obstétricos previos, especialmente antecedentes de abortos, recién nacidos de bajo peso, macrosomía, mortalidad perinatal, malformaciones congénitas, etc.

Es importante obtener la información de la edad materna, nivel educacional, estado civil, actividad laboral como trabajos con esfuerzo físico importante, etc.; ya que todo esto también influye en el bienestar de la actual gestación de parto pretérmino, en definitiva es importante conocer todas las condiciones o factores pre-existentes que incrementan la probabilidad de complicación o daño en el embarazo actual.

Estos son:

- **Edad:** menor de 15 y mayor de 35 años. Se asocia con mayor ocurrencia de PE, inserción baja de placenta, atonía uterina posparto y riesgo genético para el producto.
- **Nivel educacional:** analfabeta o estudios primarios.
- **Estado civil:** soltera u otros.
- **Antecedentes familiares:** Embarazo gemelar, diabetes, hipertensión arterial, malformaciones congénitas, etc. El antecedente de **hipertensión arterial** incrementa el riesgo de presentar PE, RCIU, muerte fetal y materna. El antecedente de **diabetes** se relaciona con una mayor probabilidad de presentar PE, aborto, pérdida fetal, defectos al nacimiento, RCIU o microsomía fetal
- **Antecedentes personales:** Embarazo gemelar, diabetes, hipertensión arterial, cirugía pélvico-uterina, etc.
- **Paridad:** nulípara o después del tercero.
- **Antecedentes obstétricos perinatales:** 2 o más abortos, óbito y muerte neonatal de causas desconocidas. Está relacionado con la probabilidad de una reincidencia en el 50% de los casos; 3 o más abortos espontáneos consecutivos, establecen el



diagnóstico de aborto habitual. El antecedente de **muerte fetal** en un embarazo anterior, tiene gran probabilidad de volver a presentarse ya que generalmente traduce patología crónica de base.

- **Macrosomía:** producto macrosómico de 4000 gr. o más.
- **Bajo peso al nacer o prematuridad:** peso menor de 2,500 gr., parto pre-término menor de 37 semanas.
- **Cesáreas:** más de una cesárea previa. El antecedente de **cesárea previa** se asocia con la probabilidad de presentar inserción baja de placenta, acretismo placentario y ruptura de cicatriz uterina durante el trabajo de parto. Este riesgo se incrementa conforme aumenta el número de cesáreas previas.
- **Intervalo intergenésico:** cuando el tiempo entre embarazos es menor a dos años. Tiene mayor probabilidad de presentar prematuridad y retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU).

La valoración de riesgo obstétrico nos indica la probabilidad de aparición de daños a la salud para la madre, el feto o el recién nacido

#### **2.4.3.7. Control Prenatal**

Están establecidos protocolos para su atención dentro del MSP del Ecuador: **MSP.E. (2008-2009).**

Las actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a. **MSP.E. (2008-2009).**

Los componentes que abarca son:

- ✓ Promoción

- ✓ Prevención
- ✓ Recuperación
- ✓ Rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional. **MSP.E. (2008-2009).**

#### Enfoques del control prenatal

- ✓ Atención por personal calificado.
- ✓ Detección precoz del embarazo.
- ✓ Control periódico e integral de la embarazada.

#### Atención de:

- ✓ Riesgo nutricional.
- ✓ detección de discapacidades y enfermedades perinatales.
- ✓ maltrato sexual, violencia intrafamiliar y drogodependencia.
- ✓ infecciones de transmisión sexual.
- ✓ consejería pre/posprueba de VIH/SIDA, detección y referencia.
- ✓ enfermedades buco – dentales.

#### **Completo e integral**

Toda mujer embarazada de **BAJO RIESGO** deberá completar mínimo 5 controles prenatales (uno de diagnóstico y cuatro de seguimiento) con el cumplimiento de todas las actividades que se registran en la historia clínica perinatal del **CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051.** MSP.E. (2008-2009).

#### **Nivel mínimo eficiente: 5 controles.**

1. Uno en las primeras 20 semanas.
2. Uno entre las 22 y 27 semanas.
3. Uno entre las 28 y 33 semanas.
4. Uno entre las 34 y 37 semanas.

5. Uno entre las 38 y 40 semanas.

- Toda embarazada debe ser bienvenida y atendida con calidez y calidad.
- Los horarios de atención deben favorecer la concurrencia al control prenatal.
- Cuanto mayor el número de horas de atención, más elevado el número de mujeres que pueden concurrir.
- Cumplir con el horario de turnos y reducir el tiempo de espera de las pacientes.
- Se deben realizar exámenes y pruebas que responden a un propósito inmediato y que se ha demostrado que son beneficiosas.

Promueva los dos primeros controles prenatales antes de las 20 semanas, para hacer un diagnóstico precoz de algunas patologías. **MSP .E. (2008-2009).**

Realice un examen clínico general en decúbito dorsal en todos los controles, más exhaustivo en la primera consulta.

- Diagnóstico y tratamiento o referencia de patología obstétrica
- Manejo de las molestias propias del embarazo

A parte de los exámenes para descartar: anemia, alteraciones sanguíneas, diabetes, infecciones crónicas. **MSP .E. (2008-2009).**

**Importante:** Elemental y microscópico de orina y cultivo de orina

En todas las embarazadas en su primer control sin importar las semanas de gestación, entre las 12 a 16 semanas del embarazo y en el tercer trimestre. **MSP.E. (2008-2009).**

El urocultivo es el examen de elección para el tamizaje de bacteriuria asintomática durante la gestación y para la confirmación de una sospecha clínica de cistitis o

pielonefritis aguda. Además si existen nitritos +, sospeche infección urinaria.**MSP. E. (2008-2009).**

## **2.6 HIPÓTESIS**

La infección de vías urinarias influye en la prevalencia de parto pretérmino en pacientes en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General de Latacunga en el periodo Junio 2011 – Junio 2012.

## **2.7 SEÑALIZACION DE VARIABLES**

### **Variable independiente:**

Infección de Vías Urinarias

### **Variable dependiente:**

Parto Pretérmino.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. ENFOQUE**

**HERRERA L (2008). Tutoría de la investigación científica:** “Los investigadores cuantitativos hacen registros narrativos de los fenómenos que son estudiados mediante técnicas como la observación participante, datos. La investigación cuantitativa trata determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables, la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población de la cual toda muestra procede. Tras el estudio de la asociación o correlación pretende a su vez hacer inferencia casual que explique por qué las cosas suceden o no de forma determinada”.

Por tanto, el estudio es predominante cuantitativo debido a que este estudio se realiza en el Hospital Provincial General de Latacunga en el período junio 2011 – junio 2012, del cual se recoge los datos de cada uno de las pacientes gestantes que son atendidas por presentar una infección en las vías urinarias.

#### **3.2. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN**

Partiendo de la concepción de metodología, según el Módulo de Proyectos de Investigación Educativa, compilado por **MERINO, J. (2008:13)**, indica que “Metodología es el conjunto de estrategias y técnicas de investigación que se utilizan para resolver un problema”, ésta incluye al cómo y con qué se va a investigar (objeto de la investigación), el método, el diseño de la investigación, la modalidad y el nivel;

de la misma manera la metodología toma en consideración a la población y muestra, la definición y operacionalización de las variables u objetivos según el tipo de investigación planteada, los instrumentos y finalmente las técnicas y procedimientos de recolección para el análisis de datos”

Es decir, se toma en consideración todos los aspectos que viabiliza el desarrollo de la investigación.

El presente estudio conjuga una investigación de campo, bibliográfica documental, transversal y Retrospectiva tendiente a solucionar el desconocimiento de las gestantes sobre el cuidado de la higiene personal para evitar la infección de vías urinarias y minimizar el factor de mayor riesgo que es la prevalencia del parto pretérmino en el Hospital Provincial General de Latacunga en el período Junio 2011-Junio 2012.

### **3.2.1. De Campo**

Se utilizará la investigación de campo como aquel tipo de investigación que se utiliza en lugares determinados donde se encuentran los sujetos u objetos del estudio a realizarse.

La investigación se la realizará en el Hospital Provincial General de Latacunga, acumulando datos del período junio 2011 – junio 2012, porque es el lugar donde se encuentra el problema, y se tomará contacto de forma directa con las gestantes para obtener la información necesaria de acuerdo a los requerimientos del proyecto.

### **3.2.2. Bibliográfica Documental**

Será una investigación bibliográfica documental, por cuanto se investiga los escritos de varios autores respecto al campo de acción y objeto de estudio planteado. La investigación bibliográfica documental ayuda a la investigadora a basar estudios en

una teoría concreta que sirva de sustento para ampliar y profundizar el problema y las diversas que se desarrollen durante el estudio, coadyuvando a fundamentar teóricamente el presente estudio en documentos legales, libros, textos, revistas de carácter científico, artículos de prensa, folletos, trípticos, y cualquier material escrito en el que se encuentren tópicos referentes al estudio en mención realizando comparaciones en libros y documentos legales.

**3.2.3. Transversal.-** El estudio transversal es un estudio que se realiza con los datos obtenidos en un momento puntual, las fechas planteadas en la investigación fueron de Junio del 2011 a Junio del 2012.

**3.2.4. Retrospectiva.-** Según la temporalidad el estudio retrospectivo es un estudio longitudinal en el tiempo que se analiza en el presente, pero con datos del pasado. Y el desarrollo de la presente investigación fue el mes siguiente de la fecha establecida.

### **3.3. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Esta investigación está orientada por el sentido descriptivo, crítico, propositivo y analítico. Las variables estudiadas fueron sociodemográficas (edad, nivel de instrucción y procedencia); antecedentes gineco-obstétricos (número de gestaciones, edad gestacional, controles prenatales).

#### **3.3.1. Descriptiva**

Se utiliza la investigación descriptiva, debido a que éste nivel se señala como es, y como se manifiesta un fenómeno o evento en el que se busca especificar las propiedades importantes para medir y evaluar aspectos como dimensiones o componentes del fenómeno a estudiar. La Investigación descriptiva, también se la conoce como la investigación estadística, porque describe los datos y deja un impacto

en las vidas de la gente que le rodea. La investigación que se desarrolló busco crear un impacto socio-cultural, tanto en el o la profesional de la salud como en la sociedad Cotopaxense generando un cambio de comportamiento.

**3.3.2. Crítico.-** Porque cuestiona de alguna manera la aplicación de las normas del MSP y la atención pre hospitalaria y dentro del centro gineco-obstétrico del HPGL.

**3.3.3. Propositivo.-** Porque permite buscar la forma de superar las dificultades en la atención de salud que se proporciona a las pacientes gestantes con infección de vías urinarias.

**3.3.4. Analítico.-** Por las observaciones que se realizaron en el servicio de gineco-obstetricia del HPGL y así describir la realidad.

### **3.3.5. Asociación de variables**

#### **Investigación asociación de variables (correlacional)**

Según **HERNÁNDEZ Roberto y otros (2003: 121)**. Los estudios cuantitativos-correlacionales miden el grado de relación entre conceptos, categorías o variables (cuantifican relaciones). Es decir miden cada variable presuntamente relacionada y después también miden y analizan la correlación. Tales correlaciones se expresan en hipótesis sometidas a prueba.

El nivel de esta investigación es de asociación de variables que permite predicciones sobre estructuras existentes, se puede establecer un análisis de corrección del sistema vigente y también la medición de relación entre variables de los mismos sujetos en un contexto determinado.



### 3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

#### 3.4.1. Población

En la presente investigación se trabaja con las pacientes gestantes en el área de ginecología del Hospital Provincial General de Latacunga que ingresaron con diagnóstico de infección de vías urinarias y amenaza de parto pretérmino en el periodo Junio 2011 – Junio 2012.

El total de la población estudiada fueron 196 pacientes, las cuales fueron divididas en grupos de edad que corresponden a: Adolescentes de 14 – 19 años de edad, jóvenes de 20 – 34 años de edad y Adultas a las pacientes mayor o igual a 35 años de edad.

Así como también el rango para determinar la edad gestacional fue tomado a partir de la Norma y Protocolo Neonatal del MSP. E. (2008-2009)

<b>RN Prematuro leve</b>	Recién nacido con edad gestacional de 35 – 36 semanas, 6 días
<b>RN Prematuro moderado</b>	Recién nacido con edad gestacional de 32 – 34 semanas, 6 días
<b>RN Prematuro grave</b>	Recién nacido con edad gestacional menor a 32 semanas.

Cuadro N°. 3. Población

Fuente: Hospital Provincial General Latacunga

Elaborado Por: MESÍAS, M. Lucetty Yoled (2013).

#### 3.4.2. Criterios de inclusión y exclusión

##### 3.4.2.1 Criterios de Inclusión

Para la presente investigación se incluyeron todas las historias clínicas de las pacientes gestantes de la prevalencia de parto pretérmino, y de los recién nacidos, hijos de madres con IVU.

### **3.4.2.2 Criterios de exclusión**

Se excluyeron a todas las historias clínicas que tenían datos incompletos.

### **3.4.3. Aspectos éticos**

Con el fin de guardar la confidencialidad de las madres embarazadas con UVI y de los os recién nacidos se asignó un código a cada uno el mismo que fue el número de historia clínica, y numero de carnet para atención, independientemente de ser hijo de la persona atendida se le asignó un archivo de documentación personal, y el acceso a la información fue de uso exclusivo dela investigadora para evitar que personas ajenas se involucren en el proyecto, u obtengan datos personales de los progenitores o del recién nacido.

### 3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

#### 3.5.1. Variable Independiente: Infección de Vías Urinarias

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORIAS	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TÉCNICAS / INSTRUMENTOS
<p><b><u>Infección de Vías urinarias</u></b></p> <p>Es una infección causada por bacterias que se presentan en la vejiga riñones y en la uretra, esta IVU, está asociada a factores socio-culturales y factores biológicos, que afecta a la gestante por desconocimiento de higiene.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Factores socio-culturales</li>   <li>✓ Factores Biológicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Nivel de educación.</li>   <li>✓ Control Prenatal</li> <li>✓ Cambios en el Embarazo</li> <li>✓ Edad, peso, talla</li> </ul>	<p>¿Cuál es el nivel de instrucción de las pacientes?</p> <p>¿Cuántos controles prenatales han tenido en el embarazo?</p> <p>¿Qué tipos de cambios fisiológicos enfrenta el cuerpo humano en el embarazo?</p> <p>¿Qué edad tienen las gestantes</p>	<p>Revisión, observación y recolección de datos en formulario basado en las Historias Clínicas del HPG de Latacunga</p>

Cuadro #.4.Operacionalización variable Dependiente  
Realizado por: MESÍAS, M. Lucetty Yoled (2013).

### 3.5.2. Variable Dependiente: Parto Pretérmino

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORIAS	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TÉCNICAS / INSTRUMENTOS
<p><b><u>Parto Pretérmino:</u></b></p> <p>Es la interrupción del embarazo después de la semana 20 y antes de las 37 semanas cumplidas de gestación; a causa de diversos factores biológicos.</p>	Edad Gestacional	EG: 35 – 36 semanas 6 días	¿En qué semana de gestación hubo complicaciones?	<p>Revisión, observación y recolección de datos en formulario basado en las Historias Clínicas del HPG de Latacunga.</p>
		EG: 32 – 34 semanas 6 días		
		EG: < 32 semanas		
	Factores Biológicos	Factores de riesgo	¿Cuáles son los factores de riesgo que aumentan el riesgo de parto pretérmino?	
		Cambios en el cuello uterino y contracción uterina	¿Qué cambios en el cuello uterino y contracciones uterinas presentaron las pacientes?	

Cuadro. #5. Operacionalización Variable Dependiente  
Elaborado Por: MESÍAS, M. Lucetty Yoled (2013).

### 3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La recolección de información contempla estrategias metodológicas requeridas por los objetivos e hipótesis de investigación, de acuerdo con el enfoque escogido, considerando los siguientes elementos:

- Definición de los sujetos personas u objetos que son investigadas.
- Selección de las preguntas a emplear en el proceso de recolección de información.
- Instrumentos seleccionados o diseñados de acuerdo con la técnica escogida para la investigación.
- Selección de recursos de apoyo (equipos de trabajo).
- Explicitación de procedimientos para la recolección de información, como se va a aplicar los instrumentos, condiciones de tiempo y espacio, etc.

Para la recolección de la información se utiliza el siguiente formato con sus respectivas preguntas:

No	PREGUNTAS	RESPUESTAS
1	¿Dónde?	En el Servicio de Gineco-Obstetricia del HPGL.
2	¿Sobre qué?	Infección de vías urinarias y parto pretérmino
3	¿Por qué?	Se necesitan datos actuales sobre la realidad de la patología y la epidemiología de la misma.
4	¿Para qué	Para mejorar la atención, evitar complicaciones materno fetales y disminuir la morbi-mortalidad.

<b>5</b>	<b>¿Quién?</b>	Investigadora LucettyYoled Mesías Molina estudiante de medicina UTA.
<b>6</b>	<b>¿A quiénes?</b>	A las pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia con parto pretérmino e infección de vías urinarias.
<b>7</b>	<b>¿Cuándo?</b>	Junio 2011 – junio 2012
<b>8</b>	<b>¿Cuántas veces?</b>	Secuencialmente.
<b>9</b>	<b>¿Cómo?</b>	Mediante revisión de las historias clínicas del HPGL del Servicio de Gineco-Obstetricia.
<b>10</b>	<b>¿Con qué?</b>	Guía de recolección de información de elaboración personalizada.

Cuadro #. 6. Plan de Recolección de la Información  
Realizado por: MESÍAS, M. LucettyYoled (2013).

### **3.7. MÉTODOS DE ANÁLISIS APLICADOS EN LA INVESTIGACIÓN.**

Los datos registrados manualmente en el formulario de recolección de información (anexo 3), del proceso posteriormente en la base de datos creada en Microsoft Excel 2007, se pasaron al programa EPI INFO 2007, mediante la aplicación de sus fórmulas se obtuvieron porcentajes, probabilidad con la razón de momios (Odds Ratio, OR), las diferencias entre variables mediante la fórmula del chi<sup>2</sup> (X<sup>2</sup>) y se realizaron los cruces variables medidas, se establece un intervalo de confianza del 95% , además se procede a la validación de la hipótesis.

### **3.7.1. Plan de procesamiento de la información.**

- Revisión crítica de la información.
- Ordenamiento de la información válida según las variables.
- Elaboración de tablas considerando las técnicas pertinentes a la investigación realizada.
- Transformación de las tablas en valores cuantitativos.
- Los valores cuantitativos transformarlos en porcentajes.
- Elaboración de cuadros representativos tales como tablas, diagramas, gráficos, circular y más.

### **3.7.2. Plan e Interpretación de Resultados.**

- Análisis de los resultados determinando tendencia o relaciones en funciones de las variables y objetivos e hipótesis.
- Interpretación de los datos considerando el marco teórico, en el aspecto pertinente.
- Redacción del informe final (tesis) para presentar con fines de graduación.
- Llegar a establecer las conclusiones y recomendaciones como producto del estudio realizado en el Servicio de Ginecología del Hospital Provincial General de Latacunga.
- Socializar el presente trabajo en el Servicio de Ginecología del Hospital Provincial General de Latacunga.

## **3.8. CRITERIOS ÉTICOS APLICADOS EN LA INVESTIGACIÓN**

Para la recolección de la información fue necesario por ética profesional omitir nombres y como referencia se usó los números de las historias clínicas.

Además los datos que se pudo recopilar de las historias clínicas son totalmente confidenciales y tienen como objetivo el desarrollo de la investigación únicamente.

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Se analizaron 196 Historias Clínicas de pacientes embarazadas ingresadas en el Área de Gineco-Obstetricia con diagnóstico de Infección de Vías Urinarias y mediante el estudio estadístico se investigó la prevalencia de parto pretérmino en el grupo estudiado.

#### 4.1 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

##### 4.1.1 Condición Sociodemográfica

- **Edad de las pacientes:**

EDAD	Pacientes	Porcentaje
Adolescentes (14-19 años)	62	31,63
Jóvenes (20-34 años)	122	62,24
Adultas (>35 años)	12	6,12
Total	196	100,00

Tabla N°. 1 Distribución según los grupos etarios en el HPGL 2011-2012

Fuente: Historias Clínicas HPGL.

Realizado por: MESÍAS, Lucetty (2013)

##### **Análisis:**

En la población investigada se observa que el mayor porcentaje corresponde al grupo de mujeres jóvenes, mientras que el 31,6% representa el grupo de adolescentes, en comparación con la investigación de Castrillo (2010), en la cual la población fue de 15 - 22 años con un porcentaje de 57.9%.



## **Interpretación:**

Sin embargo hay que considerar que las mujeres adolescentes son un grupo de por sí vulnerable, sujeto a diferentes influencias sociales, anatómofisiológicas, familiares, psicológicas etc. que hacen que su gestación no se desarrolle dentro de un ambiente neutral que le facilite a ella desenvolverse como un ente más de la sociedad libre de culpas, críticas, temor y remordimientos durante ésta hermosa etapa de la vida de una mujer, considerando que es necesario que la sociedad entienda que una mujer no es siempre sinónimo de madre, que la mujer no se realiza totalmente después de haber sido madre, esa idea absurda que hasta el momento lleva a que la psiquis del género femenino busque ser madre a temprana edad para poder sentirse realizada en éste aspecto ya que en otros ámbitos de su vida siente frustración, por esto es necesario que se tenga especial énfasis en las adolescentes, que son mentes frescas como tierra fértil si valga hacer la analogía, para sembrar un cambio desde tempranas etapas del desarrollo femenino.

- **Nivel de instrucción:**

<b>INSTRUCCIÓN</b>	<b>Pacientes</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Analfabeta</b>	4	2,0
<b>Primaria</b>	76	38,78
<b>Secundaria</b>	92	46,94
<b>Superior</b>	24	12,24
<b>Total</b>	196	100,00

Tabla N.º 2 Distribución según el nivel de instrucción en el HPGL 2011-2012

Fuente: Historias Clínicas HPGL.

Realizado por:: MESÍAS, Lucetty (2013)

## **Análisis:**

Dentro de la población involucrada en la investigación el nivel de educación en la mayoría de pacientes es aceptable en un 46,94%, lo que nos lleva a concluir que son un grupo que pueden captar la información y responder adecuadamente.

### **Interpretación:**

Sin embargo el porcentaje indica como el más relevante en presentar infección de vías urinarias con riesgo de parto pretérmino, estos datos no concuerdan con los del investigador Cruz Torres (2008) en el cual el 74% de su población presenta un nivel de alfabetismo.

- **Procedencia de las pacientes:**

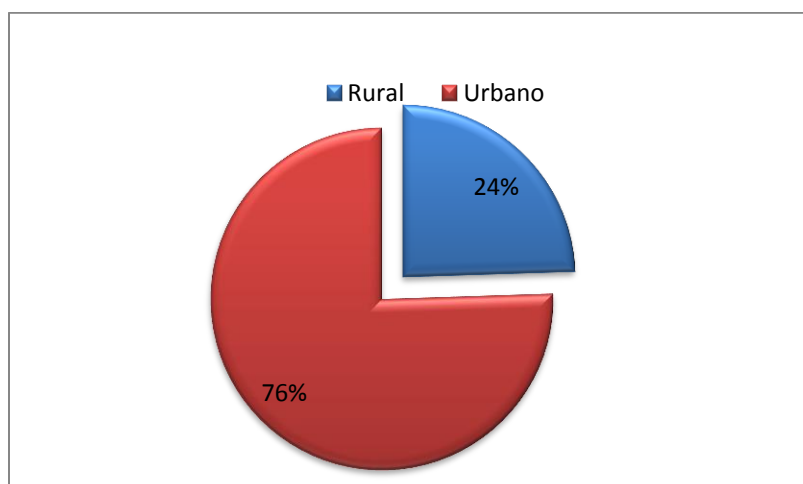


Gráfico N°. 5 Distribución según lugar de residencia. HPGL 2011-2012  
Fuente: Historias Clínicas HPGL.  
Realizado por: MESÍAS, Lucetty (2013)

### **Análisis:**

El sector urbano de la población es más representativo en ésta investigación, mientras que Romo (2007) y Castrillo (2010) en sus respectivas investigaciones trabajaron con más del 50% de pacientes de la zona rural.

### **Interpretación:**

Por éste motivo el porcentaje obtenido en ésta investigación merece que se realice un análisis crítico propositivo, en donde se pueda destacar aspectos con los que se justifique el porqué del alto número de pacientes procedentes de la zona urbana atendidas en el HPGL; la creciente migración interna en el cantón de Latacunga procedentes de zonas rurales de la misma o de otros cantones hace que inevitablemente las pacientes se registren como

residentes en el sector urbano de la ciudad, sería bueno indagar un poco más en este aspecto para averiguar la procedencia original, además en las zonas urbanas en general se maneja otro sistema socio-cultural en comparación con el sector rural y esto también influye.

#### 4.1.2 Antecedentes Gineco-Obstétricos

- Gestaciones

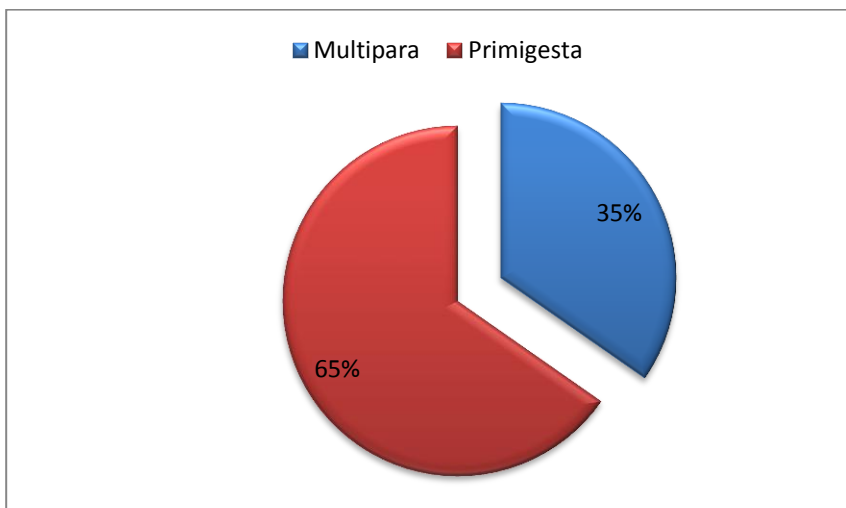


Gráfico N°.6. Distribución según antecedentes gestacionales. HPGL 2011-2012  
Fuente: Historias Clínicas HPGL.  
Realizado por: MESÍAS, Lucetty (2013)

#### Análisis:

En el Gráfico N. 2, se observa que de las pacientes gestantes con IVU, el 65% son primigestas. El porcentaje es similar al que reportó Romo (2007).

#### Interpretación:

Eso indica que la presencia de IVU es más probable respecto a mujeres en edad fértil en etapas tempranas de su vida por tal razón es necesario que se la identifique a fin de prevenir complicaciones futuras en la madre y en el recién nacido.

- **Edad gestacional:**

<b>Semanas de Gestación</b>	<b>Pacientes</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Leve</b>	105	53,57
<b>Moderado</b>	59	30,10
<b>Grave</b>	32	16,33
<b>Total</b>	196	100,00

Tabla N. 3 Distribución según el tipo de prematuridad en base a la edad gestacional. HPGL 2011-2012  
Fuente: Historias Clínicas HPGL.  
Realizado por: MESÍAS, Lucetty (2013)

**Análisis:**

Con respecto a la edad gestacional más de la mitad de la población estudiada presenta un grado leve de prematuridad (35-36,6 semanas) al momento de presentar complicaciones que fueron atendidas en el HPGL.

**Interpretación:**

Sin embargo el estado de prematuridad que más complicaciones puede generar, tanto para el gobierno, la sociedad conyugal, el núcleo familiar, los recursos físicos y humanos del área intrahospitalaria, es grave donde están incluidos el grupo de la prematuridad extrema (< 28 semanas), es el que más vigilancia debe tener a pesar de que su porcentaje no sea tan considerable.

- **Controles prenatales:**

<b>CPN</b>	<b>Pacientes</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1—5</b>	116	59,18
<b>6—9</b>	64	32,65
<b>Ninguno</b>	16	8,16
<b>Total</b>	196	100,00

Tabla N. 4 Distribución según el número de controles previos realizados

Fuente: Historias Clínicas HPGL.

Realizado por: MESÍAS, Lucetty (2013)

**Análisis:**

Es evidente respecto a la tabla N. 4, que entre las pacientes investigadas cerca del 60 % se realizaron controles prenatales deficientes. Esto demuestra que es necesario e indispensable, llevar los controles prenatales para identificar patologías que hasta cierto grado son prevenibles

**Interpretación:**

.En relación con la investigación realizada en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba en el año 2008, en la cual se demostró que el 50% de sus pacientes atendidas tuvo el mínimo de controles e insuficientes, es notable el aumento en el número de complicaciones entre ellas el parto pretérmino.

Para ampliar el desarrollo de la investigación se vio necesario relacionar los resultados de los datos obtenidos mediante el programa EPIinfo 2007. Con respecto a los antecedentes gineco-obstétricos el control prenatal, ya que se puede analizar si la realización adecuada de los mismo interfiere o no en relación con los antecedentes sociodemográficos de las pacientes investigadas.

- **Controles prenatales y edades**

	<b>Deficientes</b>	<b>Óptimos</b>	
<b>Adolescentes</b>	35	26	<b>61</b>
<b>Jóvenes y Adultas</b>	97	38	<b>135</b>
	<b>132</b>	<b>64</b>	<b>196</b>

Tabla N. 5 Distribución según la realización de controles prenatales y los grupos etarios. HPGL 2011-2012

Fuente: Historias Clínicas HPGL.

Realizado por: MESÍAS, Lucetty (2013)

Al comparar la edad de las pacientes investigadas con las características del CPN se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas entre las adolescentes y las mujeres jóvenes y adultas que se realizaron controles óptimos;  $\chi^2=4$  y  $p=0.04541$ .

- **Controles prenatales y nivel de instrucción**

	<b>Deficientes</b>	<b>Óptimos</b>	
<b>Analfabetas y Primaria</b>	64	16	<b>80</b>
<b>Secundaria y Superior</b>	68	48	<b>116</b>
	<b>132</b>	<b>64</b>	<b>196</b>

Tabla N. 6 Distribución según la realización de controles prenatales y el nivel de instrucción. HPGL 2011-2012

Fuente: Historias Clínicas HPGL.

Realizado por: MESÍAS, Lucetty (2013)

Además al comparar el nivel educativo con el tipo de control prenatal, se observó que las mujeres con un nivel aceptable de educación tuvieron una probabilidad de 2,82 veces mayor que las de nivel bajo de educación de realizarse controles deficientes durante su embarazo, lo que explica la prevalencia de IVU que se observó en el mismo grupo estudiado. Esta probabilidad fue estadísticamente significativa. **OR= 2.82 (IC 1.39 – 5.0)**

- **Controles prenatales y procedencia**

	<b>Óptimos</b>	<b>Deficientes</b>	
<b>Rural</b>	40	8	<b>48</b>
<b>Urbano</b>	92	56	<b>148</b>
	<b>132</b>	<b>64</b>	<b>196</b>

Tabla N. 7 Distribución según la realización de controles prenatales y lugar de procedencia. HPGL 2011-2012

Fuente: Historias Clínicas HPGL.

Realizado por: MESÍAS, Lucetty (2013)

En el mismo modo al comparar el sector de procedencia de las pacientes con el tipo de control prenatal, se obtuvo que las pacientes del sector urbano tienen una probabilidad de 3.04 veces mayor que las del sector rural en realizarse controles prenatales deficientes, **OR= 3.04 ( IC1.25 – 7.62)**.

Esto se explica porque en el sector urbano de la ciudad de Latacunga existe un subcentro de salud para atender a toda la población del centro y de los sectores aledaños que se consideran como urbanos en la ciudad.

- **Partos Pretérmino y Amenazas de Parto Pretérmino con Grupos de Edad**

	<b>PP</b>	<b>%</b>	<b>APP</b>	<b>%</b>	
<b>Adolescentes</b>	6	9.8	55	91.2	<b>61</b>
<b>Jóvenes</b>	18	<b>14.7</b>	104	85.3	<b>122</b>
<b>Adultas</b>	1	7.8	12	92.2	<b>13</b>
	<b>25</b>		<b>171</b>		<b>196</b>

Tabla N. 8 Distribución según diagnóstico definitivo y grupos etarios en el HPGL 2011-2012

Fuente: Historias Clínicas HPGL.

Realizado por: MESÍAS, Lucetty (2013)

Al comparar entre las mujeres que presentaron como desenlace parto pretérmino o amenaza de parto pretérmino según los grupos de edad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, pero es necesario recalcar que en las pacientes jóvenes se observó el porcentaje más alto de parto pretérmino.  $\chi^2= 1.20, p=0.54$ .

- **Grado de Prematuridad en los Partos Pretérmino**

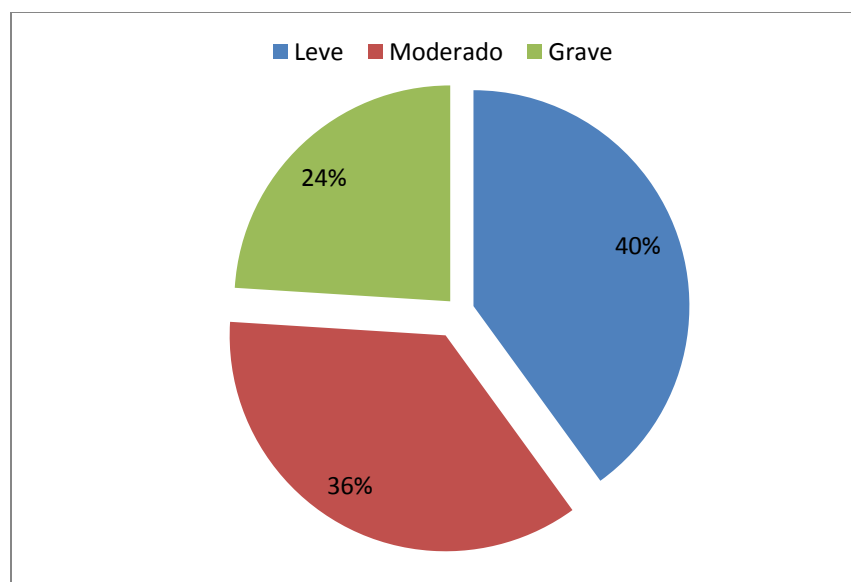


Gráfico N. 7. Distribución según el grado de prematuridad en el total de partos pretérmino HPGL 2011-2012

Fuente: Historias Clínicas HPGL.

Realizado por: MESÍAS, Lucetty (2013)

Del total de pacientes estudiadas el grupo que presentó parto pretérmino como diagnóstico definitivo, un 40% (10 neonatos) fue un parto pretérmino con grado de prematuridad leve del neonato, siguiéndole muy de cerca el grado de prematuridad moderada en un 36% (9 neonatos) y en un 24% (6 neonatos) de prematuridad grave.

En el área de neonatología del HPGL los pacientes que necesitan un mayor nivel de cuidados son los neonatos prematuros graves es por este gran motivo que se debe evitar en lo posible la prevalencia de partos pretérmino.



## 4.2. VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS

En la investigación se planteó la siguiente hipótesis: “La infección de vías urinarias influye en la prevalencia de parto pretérmino en pacientes en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General de Latacunga en el periodo Junio 2011 – Junio 2012.”, por lo tal se comprueba que efectivamente, la prevalencia de Parto Pretérmino entre las pacientes embarazadas con IVU fue del 13% (25 pacientes).

- **Parto Pretérmino y Amenaza de Parto Pretérmino:**

- 

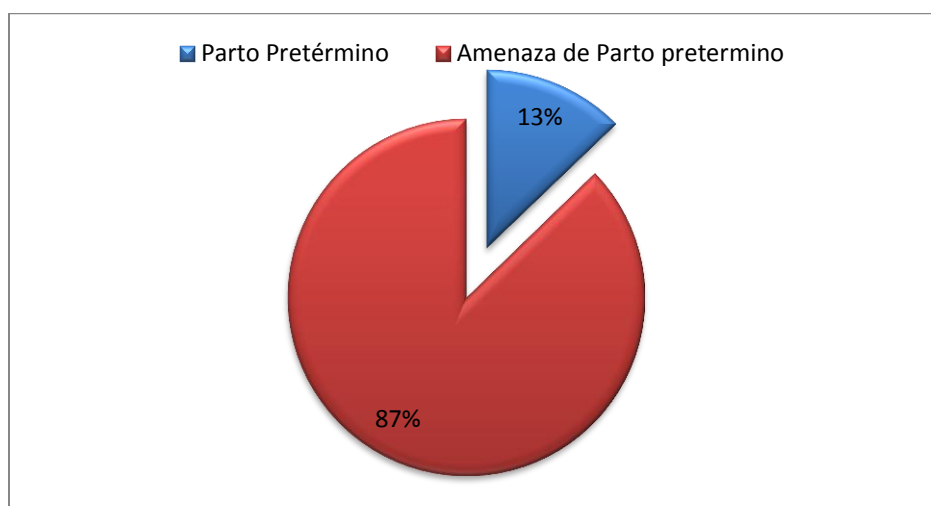


Gráfico N. 8. Distribución según el diagnóstico definitivo de parto pretérmino y de amenaza parto pretérmino en el HPGL 2011-2012

Fuente: Historias Clínicas HPGL.

Realizado por: MESÍAS, Lucetty (2013)

A futuro se requiere nuevas investigaciones en las que se compare la frecuencia de parto pretérmino en pacientes con y sin IVU a fin de establecer posibles relaciones causales entre estos dos eventos y de qué manera influye la infección de vías urinarias.

Mediante el estudio de prevalencia se obtuvo la proporción de partos pretérmino de un grupo de pacientes embarazadas con infección de vías urinarias en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General de Latacunga en el periodo Junio 2011 – Junio 2012.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1 CONCLUSIONES**

- ✓ Se determinó la prevalencia de parto pretérmino en pacientes con infección de vías urinarias en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General de Latacunga en el periodo Junio 2011-Junio 2012.
- ✓ En las historias clínicas se ha detectado que el parto pretérmino es una complicación que tiene prevalencia asociada con las infecciones de vías urinarias en el Área de Ginecología-Obstetricia del Hospital Provincial General de Latacunga.
- ✓ En el estudio ejecutado se identificó las edades gestacionales más frecuentes asociadas a parto pretérmino en las pacientes en el área de Gineco-Obstetricia del HPGL en el periodo Junio 2011 – Junio 2012.
- ✓ El nivel de instrucción baja no se relaciona con el número de controles prenatales, el parto prematuro se da principalmente en embarazadas primigestas y con edad gestacional entre 35-36,6 semanas.
- ✓ Proponer un plan de capacitación para el personal de salud y difusión para la paciente embarazada y así plantearse la reducción de la prevalencia de IVU y sus consecuencias en las pacientes con amenaza de parto pretérmino en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General de Latacunga.

## 5.2 RECOMENDACIONES

- ✓ A las mujeres en periodo de gestación, realizarse chequeos ginecológicos mensuales y ante cualquier síntoma como, dolor ardor al momento de miccionar. Necesidad frecuente o intensa de orinar, aunque haya poca orina para eliminar, Dolor en la espalda o en la parte baja del abdomen, Orina turbia, oscura, sanguinolenta o que tiene un olor raro fiebre o escalofríos, ya que podría estar enfrentando algún tipo de IVU.
- ✓ Realizar investigación etiológica de las infecciones urinarias, así como de las demás causas frecuentes asociadas al parto pretérmino, además recomendando la realización de nuevas investigaciones para con ello seguir determinando e indagando sobre la infección de vías urinarias en la gestante y proporcionar cada vez más una mejor atención de salud, además ideas en tiempo real de esta problemática
- ✓ Mejorar el sistema de archivos de historia clínicas, ya que éstas se constituyen en una herramienta, para la elaboración futura de talleres de capacitación con temas educativos.
- ✓ Sería conveniente que se realice un plan de cuidados y tratamientos que ayuden a un mejor manejo del parto pretérmino y permita al personal educar a la paciente gestante sobre la IVU.
- ✓ Diseñar un plan de capacitación de salud para reducir la prevalencia de IVU y sus consecuencias en las pacientes con amenaza de parto pretérmino en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General de Latacunga.

## CAPÍTULO VI

### PROPUESTA

#### 6.1. DATOS INFORMATIVOS

##### 6.1.1. Título:

“PLAN DE CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD ENFOCADO EN REDUCIR LA PREVALENCIA DE IVU Y SUS CONSECUENCIAS EN LAS PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA”.



Figura N°.6: Neonato Prematuro  
Fuente: HPGL

Autora:  
MESIAS, Lucetty

Latacunga-Ecuador  
2013

**6.1.2. Autora:** Mesías Molina, Lucetty Yoled

**6.1.3. Institución:** Hospital Provincial General Latacunga.

**6.1.4. Ubicación:** en las calles: Hermanas Páez y Dos de Mayo. Teléfonos: 03(2) 800331 /  
03(2) 800332, Latacunga-Ecuador

**6.1.5. Beneficiarios:** Personal de Salud  
Pacientes gestantes.

**6.1.6. Actividades:** Capacitación  
Elaboración de un tríptico  
Difusión

**6.1.7. Tiempo de Ejecución:**

Inicio.- Enero 1 del 2014.

Finalización.- indefinido.

**6.1.8. Equipo de ejecución:**

Equipos de Salud del Hospital Provincial General de Latacunga

Investigador.- Lucetty Yoled Mesías Molina.

**6.1.8. Presupuesto.**

**6.1.8.1. Humano**

El recurso humano o mejor conocido como talento humano que se utiliza para el desarrollo del presente trabajo de investigación, se presenta a continuación en la Tabla N° 34.

### Recurso Humano

Concepto	Cantidad	Precio Unitario (USD)	Total (USD)
Asesor contratado del Área de Salud	1	300,00	300,00
Personal de Apoyo	1	280,00	280,00
SUBTOTAL			580,00
IMPREVISTOS			50,00
<b>TOTAL</b>			<b>630,00</b>

Tabla N°.9. Recurso Humano  
Elaborado por: MESIAS, Lucetty. (2013).

#### 6.1.8.2. Material

Los materiales que se utilizarán en el desarrollo del proyecto de investigación son los siguientes, y se demuestra en la Tabla No.35

### Recursos Materiales

Materiales	Cantidad	Precio (USD)	Total (USD)
Equipo de Computo con impresora	1	750,00	750,00
Esferográficos	6	1,00	6,00
Hojas INEN A4	600	0,02	12,00
Fotocopias	600	0,03	18,00
Internet	120 horas	0,80	96,00
Impresión	600 hojas	0,10	60,00
Anillado	8	1,25	10,00

Imprevistos			30,00
<b>TOTAL</b>			<b>982,00</b>

Tabla No.10. Recurso Material  
Elaborado por: MESIAS, Lucetty. (2013).

### 6.1. 9. Económico

El recurso económico que se requiere para la elaboración de la investigación, se presenta en la Tabla N°. 13:

#### Recurso Económico

Recurso Humano (USD)	Recurso Material (USD)
630,00	982,00
<b>TOTAL: 1.612 USD</b>	

Tabla N°.11. Recurso Económico  
Elaborado por: MESIAS, Lucetty. (2013).

La investigadora del proyecto será quien cubra el rubro económico total señalado en la tabla anterior.

### 6.2. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

En el 2013 la infección de vías urinarias es la patología más frecuentemente asociada al parto prematuro en el servicio de Ginecología en el Hospital Provincial General de Latacunga.

El parto prematuro se da principalmente en embarazadas primigestas y con edad gestacional entre 35-36,6 semanas.

De las 196 pacientes todas ellas con el diagnóstico de infección de vías urinarias, se dio a conocer que las 25 de ellas presentaron parto pretérmino, lo que corresponde al 13%, lo

que se ha establecido como un factor importante dentro de la presencia del parto pretérmino.

Así también se dio a conocer que aunque tenían la mayoría de ellas instrucción secundaria estas no cumplían con lo establecido por el Ministerio de Salud del Ecuador, así que se vio la necesidad de proporcionar a todas las madres gestantes la información adecuada para que ellas comprendan la necesidad de los controles prenatales y la necesidad que se cumplan a cabalidad, además de las obligaciones que ellas tienen con su salud propia y de su hijo.

Por todo lo anteriormente dicho, es necesario se inicie un plan de capacitación para el personal de salud a través de charlas educativas dentro del establecimiento de salud donde la mayoría de las pacientes embarazadas se hallan acudiendo para sus controles mensuales, así podremos abarcar mayor población gestante para difundir la importancia de los controles prenatales, para minimizar la aparición de partos pretérmino y con ello disminuir sus posibles complicaciones.

Un buen control prenatal está determinado tanto por la labor del Ministerio de Salud Pública y la atención brindada por el personal de salud.

### **6.3 Justificación**

El plan de capacitación para el personal de salud enfocado en reducir la prevalencia de IVU y sus consecuencias en las pacientes con amenaza de parto pretérmino en el Hospital Provincial General de Latacunga, lo que contribuirá es a disminuir la infección de vías urinarias en las pacientes embarazadas, se justifica debido al incremento de atenciones a pacientes gestantes, cada mes en el servicio de Ginecología del Hospital Provincial General de Latacunga, el personal de salud necesita herramientas para difundir los cuidados durante el embarazo, y así mejorar el estilo de vida materno infantil, sobre todo tratar de alguna manera de concientizar a las pacientes embarazadas acerca de la infección de las vías urinarias.

En el período gestacional es necesario que exista un abordaje integral con un equipo capacitado.



## **6.4 Objetivos**

### **Objetivo general:**

Diseñar un plan de capacitación para el personal de salud enfocado en reducir la prevalencia de IVU y sus consecuencias en las pacientes con amenaza de parto pretérmino en el Hospital Provincial General de Latacunga.

### **Objetivo específico:**

- Capacitar al personal de salud basándonos en un tríptico de fácil comprensión.
- Socializar la propuesta con el propósito de llegar a un mayor número de gestantes y con ello disminuir la prevalencia de IVU.
- Motivar a las gestantes a tener una mayor entrega en cuanto a la autoeducación sobre su gestación y la responsabilidad que ella tiene con su propia vida y la de su hijo/a.

## **6.5 Análisis de factibilidad**

La siguiente propuesta es factible por las siguientes razones.

### **6.5.1 Factibilidad socio-cultural**

En el Hospital Provincial General de Latacunga, se ha incrementado el número de pacientes que llegan por amenaza de parto pretérmino, lo cual constituye un problema de salud, que ocasiona graves problemas dentro del entorno familiar, social y cultural.

Las capacitaciones para el personal de salud son necesarias, enfocándose en la gestación y sus complicaciones y que con ello se logre motivar a las pacientes a tener más responsabilidad en toda la gestación y con lo concerniente a los controles prenatales mensuales para prevenir enfermedades y con ello complicaciones futuras.

### **6.5.2 Factibilidad organizacional.**

Tanto médicos, enfermeras y obstetras necesitan estar capacitados para enfocar a la infección de vías urinarias como una complicación a la que las pacientes deben darle más importancia durante su embarazo, por lo cual la utilización de un material de apoyo como un tríptico de fácil interpretación que ayude a difundir el mensaje es necesario, además el área de psicología complementa al tratamiento integral de las pacientes gestantes.

### **6.5.3 Factibilidad económica**

#### **Talento humano**

- Médicos Tratantes (ginecólogos)
- Médicos generales
- Enfermeras
- Obstétricas
- IRM
- IRO
- IRE

#### **Recursos tecnológicos**

- Proyector
- Computadora
- Microsoft PowerPoint

#### **Recursos Materiales**

- Carteles
- Trípticos
- Material bibliográfico

## **6.6 Fundamentación**

### **Parto pretérmino:**

El parto prematuro y/o pretérmino se define como el nacimiento espontáneo o provocado que se presenta después de la semana vigésima de edad gestacional y antes de la trigésimo

séptima; a su vez, el recién nacido de pretérmino, según su peso, puede ser hipotrófico, eutrófico o hipertrófico, de acuerdo a las tablas de edad gestacional. (Irriarte. C. 2006).

Durante mucho tiempo la entidad se conoció como parto prematuro sin embargo la demarcación para referir un nacimiento de estas características, lo establece la edad gestacional en semanas, la madurez o premadurez depende de circunstancias individuales, de cada embarazo y no necesariamente de la edad gestacional; así la calificación real de madurez, solo es posible establecer después del nacimiento.

Por otra parte la resolución obstétrica puede lograrse mediante un parto o través de operación cesárea de manera que el calificativo debe ser el de nacimiento pretérmino y no de parto prematuro. (Cabero R. 2005).

### **Factores de riesgo**

Su etiología aún está poco establecida, parece obvio pensar que las condiciones que acompañan al estatus socioeconómico regulan diversos aspectos ambientales, psicológicos, que a su vez inciden en la prematuridad. (Cabero. R. 2005).

- La edad materna menores de 18 años y mayores de 35 años.
- Enfermedades maternas: Preeclampsia, retraso del crecimiento intrauterino y sufrimiento fetal, endocrinopatías, Hipertensión arterial, Neuropatías, Anemia, infección de vías urinarias, e infecciones sistémicas.
- La gestación múltiple y prematuridad, las gestaciones gemelares.
- La condición ambiental. Niveles excesivos de dióxido de azufre, dióxido de nitrógeno y monóxido de carbono en el ambiente se han asociado con la prematuridad.
- Condiciones de trabajo, los trabajos que requieren esfuerzo físico, bipedestación prolongada, exigencias laborales cambiantes, turnos nocturnos etc.

- Consumo de sustancias tóxicas durante la gestación. El tabaco multiplica por 2 el riesgo relativo de partos prematuros. La frecuencia y PP esta aumentada en las pacientes que consumen cocaína, opiáceos, y tabaco. Las consumidoras de marihuana grandes dosis también presentan un incremento de la tasa de prematuridad.
- Nivel socioeconómico bajo Es clásica la asociación entre bajas condiciones socioeconómicas y bajo peso al momento del nacimiento.
- Complicaciones gestacionales. Placenta previa, Desprendimiento prematuro de placenta, enfermedad hipertensiva aguda, RPM, polihidramnios, Incontinencia istmito cervical, miomatosis uterina, isoinmunización, gemelaridad.
- Infecciones. Neumonía, Pielonefritis, fiebre tifoidea, bacteriuria asintomática, uretricitis, y vaginosis bacteriana y apendicitis.
- Los orgasmos después de las 30 semanas de gestación era superior en las pacientes que parieron prematuramente en relación con las que lo hicieron a término. (Cabero.R. 2005).

### **Diagnóstico:**

#### **Anamnesis**

- Dolor abdominal tipo contracción
- Presión pélvica o dolor en espalda baja
- Embarazo igual o menor a 37 semanas
- Antecedentes clínicos y obstétricos de: edad menor de 18 años o mayor de 35 años, nivel socioeconómico bajo, RPM pretérmino o parto pretérmino previo, sobredistensión uterina (gemelos, polihidramnios, miomas, malformación uterina), trauma materno, incompetencia cervical, bacteriuria asintomática, pielonefritis aguda, ITS, vaginosis bacteriana, infección estreptococo grupo B, neumonía, paludismo, fiebre tifoidea, apendicitis.

## **Examen físico**

- Contracciones uterinas mínimo 3 en 30 minutos, pueden ser dolorosas o no.
- Aumento o cambio en la secreción vaginal.
- Sangrado genital
- Salida de tapón mucoso cervical.
- Borramiento del cuello mayor 50%, mayor a 3 cm.

## **Exámenes de laboratorio.**

Biometría hemática

EMO

Urocultivo

Cristalografía

Gram y fresco de secreción vaginal

Ecografía abdominal para confirmación de peso fetal y edad gestacional, ILA, longitud del cuello del útero.

Monitoreo fetal electrónico.

## **Tratamiento de parto prematuro:**

Si el embarazo menor a 37 semanas actividad uterina 3 en 10 minutos dilatación menor a 3 cm y Borramiento menor del 50 %.

Realizar un examen clínico minucioso, además de un examen especular y al final un tacto vaginal.

Maduración Fetal:

Si tiene menos de 34 se coloca maduración pulmonar con corticoides:

- Betametasona 12 mg IM y a las 24 horas (total 2 dosis).
- Dexametasona 6 mg IM y cada 12 horas (total 4 dosis).

No se requiere nuevas dosis semanales de corticoides para conseguir efectos beneficiosos perinatales.

### **Control Prenatal**

Todo lo establecido por el MSP dentro de la normativa, concluyendo su importancia.

Control prenatal precoz: dentro de las 6-8 semanas de embarazo.

Exámenes de laboratorio inmediato al primer control prenatal, lo que asegura la detección temprana de enfermedades prevenibles y tratables.

Tratamiento inmediato en caso que se diagnostique a través de laboratorio y/o clínicamente.

## 6.7 Metodología.- Modelo Operativo:

FASES	ETAPAS	METAS	ACTIVIDADES	RECURSOS	PRESUPUESTO	RESPONSABILIDAD	TIEMPO
FASE INICIAL	Sensibilización	Sensibilizar al director del Hospital Provincial General de Latacunga de la necesidad de la capacitación al personal de salud sobre parto pretérmino los controles Prenatales y la IVU	solicitar audiencia	Oficios	25 USD	investigador	1 semana
	Socialización	Dar a conocer el formato que tendrá las charlas de Capacitación educativa a los médicos , enfermeras Obstetras.	previa cita presentación del Proyecto Invitar al Personal de salud	Invitaciones	50 USD	Investigador	1 semana
FASE CENTRAL	Planificación	Involucrar a todo el personal de salud para elaborar acciones tendientes a la Planificación	Reuniones de Trabajo	Médicos Enfermeras Obstetras Psicólogos	25 USD	Investigador	4semanas
FASE FINAL	Implementación	Captar la atención de las pacientes Embarazadas en consulta externa entrega de tripticos	charla educativa	Proyector Computadora Pancartas	50 USD	Investigador	6 semanas
	Evaluación	Identificar aspectos positivos y Negativos  Realizar correcciones y mejorar el Trabajo	Encuesta	Investigador	50 USD	investigador	6 meses

## 6.8 Administración

Plan de capacitación para el personal de salud enfocado en reducir la prevalencia de IVU y sus consecuencias en las pacientes con amenaza de parto pretérmino en el Hospital Provincial General de Latacunga

## 6.9 Previsión de la evaluación.

<b>PREGUNTAS BASICAS</b>	<b>EXPLICACION</b>
1. ¿Quienes solicitan evaluar?	Director del Hospital Provincial General de Latacunga.
2. ¿Por qué evaluar?	Porque es necesario obtener la información.
3. ¿Para qué evaluar?	Comprobar acogida de la propuesta
4. ¿Que evaluar?	Dar a conocer el formato de las charlas sobre importancia de los controles prenatales, parto pretérmino y sus complicaciones.
5. ¿Quién evalúa?	Médicos, enfermeras y obstetras.
6. ¿Cuándo evaluar?	A medida que se cumplan las actividades
7. ¿Cómo evaluar?	Entrevista y encuestas
8. ¿Con que evaluar?	Cuestionario



## **DESARROLLO DE LA PROPUESTA.**

### **“PLAN DE CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD ENFOCADO EN REDUCIR LA PREVALENCIA DE IVU Y SUS CONSECUENCIAS EN LAS PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA”**

**EN NUESTRO PAÍS EL MSP PROMUEVE LA PREVENCIÓN:**

#### **Dentro del control prenatal:**

Están establecidos protocolos para su atención dentro del MSP del Ecuador: (MSP .E. 2008-2009).

#### **CONTROL PRENATAL**

Actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a. (MSP .E. 2008-2009).

Los componentes que abarca son: Promoción, Prevención, Recuperación y Rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional. (MSP .E. 2008-2009).

#### **ENFOQUES DEL CONTROL PRENATAL**

Atención por personal calificado.

Detección precoz del embarazo.

Control periódico e integral de la embarazada.

#### ATENCIÓN DE:

- ✓ riesgo nutricional.
- ✓ detección de discapacidades y enfermedades perinatales.
- ✓ maltrato sexual, violencia intrafamiliar y drogodependencia.
- ✓ infecciones de transmisión sexual.
- ✓ consejería pre/posprueba de VIH/SIDA, detección y referencia.
- ✓ enfermedades buco – dentales.

#### **COMPLETO E INTEGRAL**

Toda mujer embarazada de **BAJO RIESGO** deberá completar mínimo 5 controles prenatales (uno de diagnóstico y cuatro de seguimiento) con el cumplimiento de todas las actividades que se registran en la historia clínica perinatal del **CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051.** (MSP .E. 2008-2009).

#### **NIVEL MINIMO EFICIENTE: 5 CONTROLES.**

6. Uno en las primeras 20 semanas.
  7. Uno entre las 22 y 27 semanas.
  8. Uno entre las 28 y 33 semanas.
  9. Uno entre las 34 y 37 semanas.
  10. Uno entre las 38 y 40 semanas.
- Toda embarazada debe ser bienvenida y atendida con calidez y calidad.
  - Los horarios de atención deben favorecer la concurrencia al control prenatal.
  - Cuanto mayor el número de horas de atención, más elevado el número de mujeres que pueden concurrir.
  - Cumplir con el horario de turnos y reducir el tiempo de espera de las pacientes.
  - Se deben realizar exámenes y pruebas que responden a un propósito inmediato y que se ha demostrado que son beneficiosas.

Promueva los dos primeros controles prenatales antes de las 20 semanas, para hacer un diagnóstico precoz de algunas patologías. (MSP .E. 2008-2009).

Realice un examen clínico general en decúbito dorsal en todos los controles, más exhaustivo en la primera consulta.

- Diagnóstico y tratamiento o referencia de patología obstétrica
- Manejo de las molestias propias del embarazo

A parte de los exámenes para descartar: anemia, alteraciones sanguíneas, diabetes, infecciones crónicas. (MSP .E. 2008-2009).

**Importante:** Elemental y microscópico de orina y cultivo de orina

En todas las embarazadas en su primer control sin importar las semanas de gestación, entre las 12 a 16 semanas del embarazo y en el tercer trimestre. (MSP .E. 2008-2009).

El urocultivo es el examen de elección para el tamizaje de bacteriuria asintomática durante la gestación y para la confirmación de una sospecha clínica de cistitis o pielonefritis aguda. Además si existen nitritos +, sospeche infección urinaria.(MSP .E. 2008-2009).

## **Parto Pretérmino**

El parto prematuro y/o pretérmino se define como el nacimiento espontáneo o provocado que se presenta después de la semana vigésima de edad gestacional y antes de la trigésimo séptima; a su vez, el recién nacido de pretérmino, según su peso, puede ser hipotrófico, eutrófico o hipertrófico, de acuerdo a las tablas de edad gestacional. (Irriarte. C. 2006).

### **Factores de riesgo**

Su etiología aún está poco establecida, tras la prematuridad se encuentra un amplio conjunto de factores estrechamente relacionados entre ellos; y cada vez se tiende más a una explicación multicausal de la prematuridad. Parece obvio pensar que las condiciones que acompañan al estatus socioeconómico regulan diversos aspectos ambientales, psicológicos, que a su vez inciden en la prematuridad. (Cabero. R. 2005).

**La edad materna** es uno de los factores asociados a la prematuridad entre las menores de 18 años y mayores de 35 años.

**Algunas enfermedades maternas y fetales** pueden hacer adecuado indicar médicamente un parto prematuro. Las principales causas son: Preeclampsia, retraso del crecimiento intrauterino y sufrimiento fetal, endocrinopatías, Hipertensión arterial, Neuropatías, Anemia, infección de vías urinarias, e infecciones sistémicas.

**La gestación múltiple** y prematuridad, las gestaciones gemelares han experimentado un crecimiento del 168.4 %.

**Una situación social desfavorecida** puede suponer factores estresantes crónicos que unidos a factores psicológicos adversos pueden provocar respuestas hormonales y comportamientos poco saludables, así como un mal cuidado del embarazo que esto facilitaría un parto pretérmino.

**La condición ambiental.** Niveles excesivos de dióxido de azufre, dióxido de nitrógeno y monóxido de carbono en el ambiente se han asociado con la prematuridad.

**Condiciones de trabajo.** Se ha encontrado asociación entre los trabajos que requieren esfuerzo físico, bipedestación prolongada, exigencias laborales cambiantes, turnos nocturnos etc.

**Consumo de sustancias tóxicas durante la gestación.** El tabaco multiplica por 2 el riesgo relativo de partos prematuros.

La frecuencia de APP y PP esta aumentada en las pacientes que consumen cocaína, opiáceos, y tabaco. Las consumidoras de marihuana grandes dosis también presentan un incremento de la tasa de prematuridad.

**Nivel socioeconómico bajo** Es clásica la asociación entre bajas condiciones socioeconómicas y bajo peso al momento del nacimiento.

**La vaginosis bacteriana (VB)** se ha asociado a PP independientemente de otros FR.

**Complicaciones gestacionales.** Placenta previa, Desprendimiento prematuro de placenta, enfermedad hipertensiva aguda, RPM, polihidramnios, Incontinencia istmito cervical, miomatosis uterina, isoimmunización, gemelaridad.

**Infecciones.** Neumonía, Pielonefritis, fiebre tifoidea, bacteriuria asintomática, uretricitis, vaginosis bacteriana y apendicitis.

**Relaciones sexuales:** Goodlin y Cols observaron que la incidencia de orgasmos después de las 30 semanas de gestación era superior en las pacientes que parieron prematuramente en relación con las que lo hicieron a término.

**Infecciones extrauterinas.** Infecciones del tracto urinario. Bacteriuria asintomática. (Cabero.R. 2005).

**Diagnóstico:**

- **Anamnesis.**

Dolor abdominal tipo contracción

Presión pélvica o dolor en espalda baja

Embarazo igual o menor a 37 semanas

Antecedentes clínicos y obstétricos de: edad menor de 18 años o mayor de 35 años, nivel socioeconómico bajo, RPM pretérmino o parto pretérmino previo, sobredistensión uterina (gemelos, polihidramnios, miomas, malformación uterina), trauma materno, incompetencia cervical, bacteriuria asintomática, pielonefritis aguda, ITS, vaginosis bacteriana, infección estreptococo grupo B, neumonía, paludismo, fiebre tifoidea, apendicitis.

- **Examen físico.**

Contracciones uterinas mínimo 3 en 30 minutos, pueden ser dolorosas o no.

Aumento o cambio en la secreción vaginal.

Sangrado genital

Salida de tapón mucoso cervical.

Borramiento mayor del 50%, o dilatación mayor a 3 cm.

- **Exámenes de laboratorio.**

Biometría hemática

EMO

Urocultivo

Cristalografía

Gram y fresco de secreción vaginal

Ecografía abdominal para confirmación de peso fetal y edad gestacional, ILA, longitud del cuello del útero.

Monitoreo fetal electrónico.

### **Parto Pretérmino asociado a IVU:**

La mayoría de los casos de pielonefritis ocurren en el segundo trimestre, además las afecciones de vías urinarias por los cambios físicos y fisiológicos promueven al apareamiento de esta enfermedad, y que está estrechamente relacionada con el parto prematuro.

### **Complicaciones.**

La prematuridad y el bajo peso al nacer son las principales complicaciones por la presencia de la infección de vías urinarias que conlleva el parto prematuro.

Diversos estudios han sido publicados de una asociación entre IVU y el bajo peso al nacimiento. En el momento actual se puede concluir que existe asociación entre IVU con el parto pretérmino y con el bajo peso al nacimiento.

En un estudio de metaanálisis recientemente publicado, las madres con bacteriuria tuvieron un riesgo 54% mayor de tener un hijo con bajo peso al nacer y dos veces el riesgo de tener un hijo prematuro con relación a las madres que no tuvieron IVU.

Poco es conocido acerca de los mecanismos biológicos que precipitan el trabajo de parto prematuro en mujeres con IVU; no obstante, se ha considerado que la gestación, debido a los cambios hormonales que ocasiona, sensibiliza al útero y cuando el embarazo se complica con bacteriuria debida a bacilos Gram negativos, las endotoxinas constituyentes de estos microorganismos pueden teóricamente precipitar el trabajo de parto pretérmino.

## Mujer Embarazada



**Tienes que poner mucha atención en los cambios que presenta tu cuerpo durante esta hermosa etapa de tu vida.**

**La responsabilidad con el bienestar de tu bebé depende de ti.**

## ¿Qué es la infección de vías urinarias?

Es la presencia de bacterias en el tracto urinario que causan sintomatología irritativa y presencia de leucocitos en la orina.



**La presencia de infección de vías urinarias durante tu embarazo puede causar problemas con tu bebé**

## ¿A qué síntomas debes prestar atención?

- Dolor al orinar
- Ardor durante o después de orinar
- Ganas de orinar frecuentemente
- Debes pujar para orinar
- Sientes que quieres orinar pero no lo logras
- Se derrama orina en tu ropa interior sin que tu sientas
- El color o el aspecto de tu orina es diferente
- Hay algo que te tiene inquieta en la forma de orinar.

**Acude inmediatamente a tu control prenatal no importa que sea antes.**



**¿Qué puede pasar con mi bebé si tengo infección de vías urinarias?**



**La presencia de infección de vías urinarias durante tu embarazo hace que tengas un riesgo más alto de presentar abortos o partos de bebés prematuros**

**¿Qué es un bebé prematuro?**



**Son los bebés que nacen antes de haber cumplido 37 semanas dentro del vientre de la madre. Si nace antes de la semana 28 es un bebé prematuro extremo y tiene pocas probabilidades de vivir.**

**¡Recuerda que la responsabilidad es tuya!**



**Mantente pendiente**

**Elaborado por Lucetty Mesías, con la colaboración de la Universidad Técnica de Ambato**

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### BIBLIOGRAFÍA

1. Ahued j Roberto. Fernández del Castillo Carlos. Bailón Uriza Rene. Ginecología y Obstetricia Aplicadas. Asociación de Ginecología y Obstetricia aplicadas. 2003 Edit. Manual Moderno.
2. Alcaldía Mayor de Bogotá Secretaría de Salud. Guía de atención materna, Infección de vía urinaria y embarazo. Bogotá: Secretaria de Salud; 2009.
3. Aller, J. Obstetricia moderna. Editorial interamericana. Caracas-Venezuela. (2002).
4. Álvarez L. Infecciones de vías urinarias en el Hospital Universidad del Norte. SaludUninorte. Colombia. 2007; 23 (1): 9-18.
5. Álvarez, G. Cruz, J. Garau, A. Infección Urinaria y Embarazo. Diagnóstico y Terapéutica. Revista de Posgrado de la VI a Cátedra de Medicina. Marzo, 2006. no 155. 20-23 p.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. Acog practice bulletin: assessment of risk factors for preterm birth: clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. No. 31, October 2008. ObstetGynecol 2008; 98:709-16.
7. Arias fernando. Guía Práctica Para el Embarazo y Parto de Alto Riesgo. 2da Edición. Edit. HarcourtBrace. 2008.
8. Barron, W. Trastornos médicos durante el embarazo. Madrid-España. Editorial Harcourt. (2002).
9. Bertot A, Moré Y, Fonseca R, Rodríguez A, Ortiz M. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer. Municipio Yara, provincia Granma. 2008.
10. Burlacchini de Carvalho Mário Henrique, Md, y Cols. Prediction of preterm delivery in the second trimestre. The American College Of Obstetricians and Gynecologist. Vol. 105, No. 3, March 2005.
11. CaberoRroureL. Parto Prematuro. 2004. Vol Edit. Panamericana.

12. Castaño J, Giraldo J, Murillo C, Jordan Y, Orozco J, Robledo P, et al. Relación entre peso al nacer y algunas variables biológicas y socioeconómicas de la madre en partos atendidos en un primer nivel de complejidad en la ciudad de Manizales –Colombia 1999 al 2005. *Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia*, vol. 59 n°1.2008.20-25
13. Castrillo K, Zúñiga D, Arrieta F. Experiencia en el manejo del parto de pre término. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXVII*. 2010,592: 145-149
14. Creasy Robert k md.Resnik Robert MD *Maternal fetal medicine principles and practice*. Fifth edition. Saunders 2004.
15. Cremonte A. Amenaza de parto pre término, Diagnostico, Conducta. Universidad Nacional del Nordeste Facultad de Medicina, Programa de formación continua en Medicina General.2007
16. Diane L. Gorgas. Infections Related to Pregnancy. *Emerg Med Clin N Am*. 26 (2008) 345–366
17. Dres. JohnDelzelljr. y Michael Lefevre, am famphysician; 61:713-21: ‘Complicaciones maternas y neonatales en las infecciones del tracto urinario’ (2000).
18. Faneite P, Gómez R, Guninad M. Amenaza de parto prematuro e infección urinaria. *Rev. ObstetGinecolVenez* [en línea], 2006; 66 (1):1-6. Disponible en: <http://www.citeulike.org/user/antonio12056/article/8273219>.
19. Ferreira F. Infección Urinaria Durante el Embarazo, Perfil de Resistencia Bacteriana al Tratamiento en el Hospital General de Neiva, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2005, No 56 (3). 239 – 243 p.
20. Ferreira f. infección urinaria durante el embarazo, perfil de resistencia bacteriana al tratamiento en el hospital general de Neiva, Colombia. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología* vol. 56 no. 3 • 2005 • (239-243).

21. Fiona, Smaill. Asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology. Vol. 21, No. 3, pp. 439–450. 2007.
22. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero Romez R. Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet. 2008; 371:75-84
23. Goldenberg Robert L MD. The management of preterm labor. The American College of Obstetricians and Gynecologist vol. 100, No. 5 November 2002.
24. Gómez P, Guninad M. Amenaza de parto prematuro e infección urinaria. Revista Obstetricia y Ginecología, Venezuela. 2006; 66 (1): 1 – 5.
25. Gonzales Merlo, J. Ginecología. 5 ed. Barcelona: Salvat Editores S.A, 1988. 1 – 19 p.
26. González Valencia R. La mortalidad materna en el Hospital Universitario Ramón González Valencia entre 1994-2004. – Revista Colombiana de Obstetricia. 2007. - Centro Latino-Americano del Caribe Ciencias de la Salud.
27. Guevara JA, Montero H, Montero E, Fernández RM, Cordero R, Villamil Y. Factores de riesgo del bajo peso al nacer en el hospital materno de Palma Soriano durante un trienio. Medisan [en línea], 2009; 13 (2). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13\\_2\\_09/san09209.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_2_09/san09209.htm).
28. Hittil, James b, md, Sheffield Jeanne s, md, et al. Acute pyelonephritis in pregnancy. The American College of obstetricians and gynecologist. VOL. 105, NO. 1, January 2005.
29. Hospital la victoria E.S.E III nivel. Guía de infección urinaria. Bogotá: Divulgación grupo funcional, copia en el servicio y subgerencia; 2007.
30. Iragorri V, Rodríguez A, Perdomo D. Guía de manejo de trabajo de parto pre término. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog). 2009.
31. Iriarte, Carlos. Parto Pretérmino en Pacientes del Hospital San Juan de Dios Universidad Privada del Valle. Oruro-Bolivia, 2006 (investigación).
32. Jazayeri A, Gholamreza I. Asymptomatic Urinary Tract Infection in Pregnant Women. Iranian Journal of Pathology.2009

33. Llaca Rodríguez Victoriano. Fernández Alba Julio. *Obstetricia Clínica*. 2002 Edit. McGraw Hill.
34. Lomanto MA, Sánchez AJ. *Infección urinaria y gestación*. Bogotá: 2009.
35. Mazor-Dray E, Levy A, Schlaeffer F, Sheiner E. Maternal urinary tract infection: is it independently associated with adverse pregnancy outcome?. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* [en línea], Febrero 2009; 22. Disponible en: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail>.
36. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Infección de Vías Urinarias en el Embarazo. Componente Normativo Materno*. Agosto: 2008. 59 – 68 p.
37. Moghadas A. Asymptomatic Urinary Tract Infection in Pregnant Women. *Iranian Journal of Pathology* (2009)4 (3), 105 -108.
38. Oppermann, H *Infección Urinaria en el Embarazo Tratamientos Acortados vs. Tratamientos Prolongados Tradicionales*. *Fronteras en Obstetricia y Ginecología*, 2002. 33 – 39 p.
39. Parada A, Becerra D, Villacis C. *Obstetricia integral de siglo XXI*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2009.
40. Paredes, M. *Determinantes de Riesgo Obstétrico y Perinatal que Aumentan la Incidencia de Parto Pretérmino: Una Visión Epidemiológica en el Embarazo de Mujeres Adolescentes Atendidas en el Hospital General Provincial Docente de Riobamba Durante el año 2008*. Tesis de Pregrado previa a la obtención del Título de Médico General. Riobamba – Ecuador. 2008, 40 – 59 p.
41. Pérez J, Gaitán J, Lona JC. *Nacimiento pretérmino y bacteriuria asintomática*. *Ginecología y obstetricia de México* [en línea], agosto 2008 [Revisado el 10 de septiembre de 2010]; 76(8):454-60. Disponible en: <http://www.nietoeditores.com.mx/vol-76-num-8-agosto-2008/656nacimiento-o-pretermino-y-bacteriuria-asintomatica.html>.
42. Pooja Mittal & Deborah A. Wing. *Urinary Tract Infections in Pregnancy*. *ClinPerinatol* 32 (2005) 749– 764

43. Rebollar E, Ávila J, Gutiérrez V. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer. *Investigación materno infantil*. Vol. II, no. 3 • Septiembre-Diciembre 2010 pp 117-122.
44. Rodríguez A, León H. Guía de atención del aborto. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog).2009
45. Ruiz A. Aborto. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad Nacional de Colombia.
46. schwacz, r. Fescin a, r. Dueverges, C. *Obstetricia*. 6 ed. Buenos Aires: El Ateneo, 2005. 370 – 376 p.
47. Selimuzzaman A, Ullah M, Haque M. Asymptomatic Bacteriuria during Pregnancy: Causative Agents and Their Sensitivity in Rajshahi City. *TheJournal of TeachersAssociation RMC, Rajshahi*.2006
48. Sheffield, J.; Cunningham, G. Urinary Tract Infection in Women. *ObstetGynecol* 2005; 106:1085–92.
49. Vallejos C, López M, Enríquez M, Ramírez B. Prevalencia de infecciones de vías urinarias en embarazadas atendidas en el Hospital Universitario de Puebla. [en línea], octubre-diciembre 2010; 30 (4): 118-122. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/micro/ei-2010/ei104b.pdf>.
50. Williams. *Obstetricia*. 22 ed. México, 2006. 15 – 39 p. 1093 – 1111 p.
51. Yáñez, Néry. Perfiles Epidemiológicos de la Madre de Recién Nacido Prematuro en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de Quito. *Revista Ecuatoriana de Pediatría*. Septiembre 1998, 12 - 16 p.

## **LINKOGRAFÍA**

1. Belisario J, Causas de amenaza de parto pretérmino en pacientes de la consulta prenatal, (2011). Recuperado en mayo 2013. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos89/causas-amenazo-parto-pretermino->

- [pacientes-que-acuden-consulta-controllo-prenatal/causas-amenazo-parto-pretermino-pacientes-que-acuden-consulta-controllo-prenatal.shtml](#).
2. Goldenberg RL. The management of preterm labor. *Obstet Gynecol* (2002). Recuperado en mayo 2013. Disponible en:  
<http://www.geosalud.com/embarazo/embarazopretermino.htm>
  3. Hospital General Provincial gineco-obstétrico Latacunga, diagnóstico situacional. Recuperado en enero 2013. Disponible en:  
<http://www.hgoia.med.ec/docs/planesdiagnos/DiagnosticoSituacional-2005.pdf>  
[22-08-2010](#).
  4. Jano on-line. *American Journal of preventive medicine*. En Estados Unidos, se producen más de 460.000 partos prematuros anualmente. Recuperado en marzo 2013. Disponible en:  
<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=23486>
  5. Quiroga G, Robles R, Ruelas A. Bacteriuria asintomática en mujeres embarazadas. Una amenaza subestimada. *Revista médica instituto mexicano seguro social*, (marzo 2006). Recuperado en marzo 2013 Disponible en:  
[http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev\\_med/pdf/gra\\_art/A82.pdf](http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A82.pdf).
  6. Rabanal A, Cobo T, Arce H. Infección vías urinarias y gestación. Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia, Neonatología, Hospital Clínica de Barcelona (julio 2008). Recuperado en Junio 2013. Disponible en:  
[http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia\\_materna\\_y\\_obstetrica/Infecciones\\_urinarias\\_y\\_gestacion.pdf](http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_y_obstetrica/Infecciones_urinarias_y_gestacion.pdf).
  7. Rincón B, Rubio M, Herranz C. Protocolo de tratamiento de infecciones urinarias. Hospital virgen de la Luz, Castilla (2006). Recuperado en enero 2013. Disponible en: <http://www.hvluz.es/docs/ProtocoloInfeccionTractoUrinario.pdf>.
  8. Valverde J, Farías E. Sepsis. Factores de riesgo de riesgo en recién nacidos pretérmino. *Revista Facultad de Medicina* (2007). Recuperado en junio 2013. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S079804692007000100011&lang=pt](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S079804692007000100011&lang=pt).

## **CITAS BIBLIOGRAFICAS BASE DE DATOS BIBLIOTECA VIRTUAL UTA:**

Bvs. Edwards S, Tse B. Amenaza De Parto Prematuro. Revista Médica Cochrane BVS. Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford. Publicado el 17/04/2007. (Consulta: 18-junio-2012). Disponible on-line:  
<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=reviews&mf=2869&id=CD004929&lang=es&dblang=&lib=BCP>

Scielo. Gómez, S., Torres, R., & Ares, E. (2008). Detección de los riesgos maternos perinatales en los trastornos generalizados del desarrollo. (Spanish). *Salud Mental*, v.31 n.5 México sep./oct. 2008. (Consulta: 05-diciembre-2013). Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012005342009000300011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012005342009000300011&script=sci_arttext)

Scielo. Vial M, infección de vías urinarias. Revisión global de la evidencia. Rev. Chilena de ginecología. Vol 59. No. 3, Junio 2007. Págs. 198 - 207. (Consulta: 16-junio-2012). Disponible en:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-40262007000300006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262007000300006)

Scielo. Valero F. infección de vías urinarias en el embarazo y sus complicaciones materno fetales. Revista Colombiana de ginecología y obstetricia. Rev. Colombia. Ginecología. Vol. 35 No.4 Bogotá Oct. /Diciembre. 2007. (Consulta: 18-junio-2012) Disponible en:  
[www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-33472007000400006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-33472007000400006&script=sci_arttext)

Scielo. Gómez Sosa, E. (2000). Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave. (Spanish). Revista Cubana De Obstetricia Y Ginecología, Vol 48 No. 3 Ciudad de la Habana Sep./Dic. 2010. (Consultada: 05-diciembre-2013). Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032010000300010&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032010000300010&script=sci_arttext)



# ANEXOS

**ANEXO 1:**

**SOLICITUD DE AUTORIZACION DE MANEJO DE INFORMACION EN EL  
HOSPITAL GENERAL DE LATACUNGA**

Latacunga 30 de octubre del 2012

Señor Doctor

Carlos Donoso

DIRECTOR MÉDICO DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE  
LATACUNGA

Presente.-

De mi consideración:

Yo, LUCETTY YOLED MESÍAS MOLINA con C.I. 050317670-3, estudiante de la Universidad Técnica de Ambato de la Facultad de Ciencias de la Salud, carrera de Medicina, habiendo concluido el periodo académico del décimo segundo semestre.

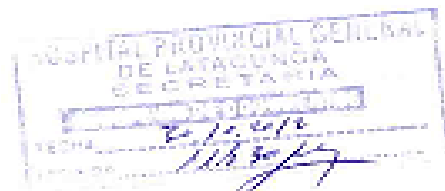
Me dirijo a usted de la manera más comedida para solicitarle autorice la ejecución y recolección de datos para la realización de mi Tesis con el tema: "INCIDENCIA DE PARTO PRETERMINO EN PACIENTES CON INFECCION DE VIAS URINARIAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA EN EL PERIODO JUNIO 2011 -JUNIO 2012."

Por la favorable atención que se digno dar a la presente, anticipo mis agradecimientos y me suscribo a usted deseándole éxitos permanentes.

Asentamiento.


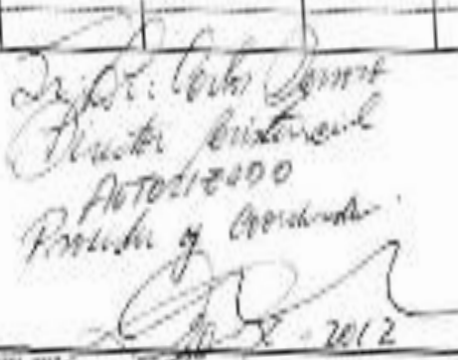
LUCETTY YOLED MESÍAS MOLINA

C.I. 050317670-3



**ANEXO 2:**

**AUTORIZACION DEL HOSPITAL PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION**

		DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE COTOPAXI Hospital Provincial General de Latacunga		CONTROL DE COMUNICACIÓN <b>0006275</b>	
REMITE Y PROCEDENCIA SRTA. LUCY YOLED MESA MOLINA					
FECHA ORIGINAL Y NÚMERO 30-10-2012 Oficina		FECHA DE RECEPCIÓN 30/10/2012		REGISTRO DE TRAMITE	
ASUNTO: Solicitando se le autorice para realizar su Tesis con el tema: INCIDENCIA DE PARTO PRETERMINO EN PACIENTE CON INFECCION DE VIAS URINARIAS EN EL AREA DE GINECO OBSTETRICIA DEL HPSL EN EL PERIODO DE JUNIO 2011 A JUNIO 2012.					
ANEXOS					
Trámite de	Acción	Para trámite de	RECEPCION		RESUESTA
			Indice	Fecha	Deposito en el
			mlc	30/10/2012	
OBSERVACIONES: Dr. P. Carlos Zamora Director Provincial Autorizado Presidente y Coordinador  30-10-2012					
					RESPUESTA fecha 30. 10. 12 N° Cita Archivos en 4047. #05

**ANEXO 3:**

**FORMULARIO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION**



**UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**FORMULARIO DE INVESTIGACIÓN ACERCA DE LA INCIDENCIA DE PARTO**

**PRETERMINO EN PACIENTES CON INFECCION DE VIAS URINARIAS EN EL**

**ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE**

**LATACUNGA EN EL PERIODO JUNIO 2011 –JUNIO 2012**

**1.- DATOS GENERALES**

Nombre:

Número de Historia Clínica:

Fecha:

Número de Ficha:

Edad: 14-19 ( ) 20-34 ( ) 35 en adelante ( )

**2.- PROCEDENCIA**

a. Urbana ( ) b. Rural ( )

**3.- INSTRUCCIÓN EDUCATIVA:**

a. Primaria:      a.1. Completa ( )      a.2. Incompleta ( ) N°.....

b. Secundaria:    b.1. Completa ( )      b.2. Incompleta ( ) N°.....

c. Superior:      c.1. Completa ( )      c.2. Incompleta ( ) N°.....

d. Ninguna ( )

**4.- ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS**

a. Gestas.....

c. FUM.....

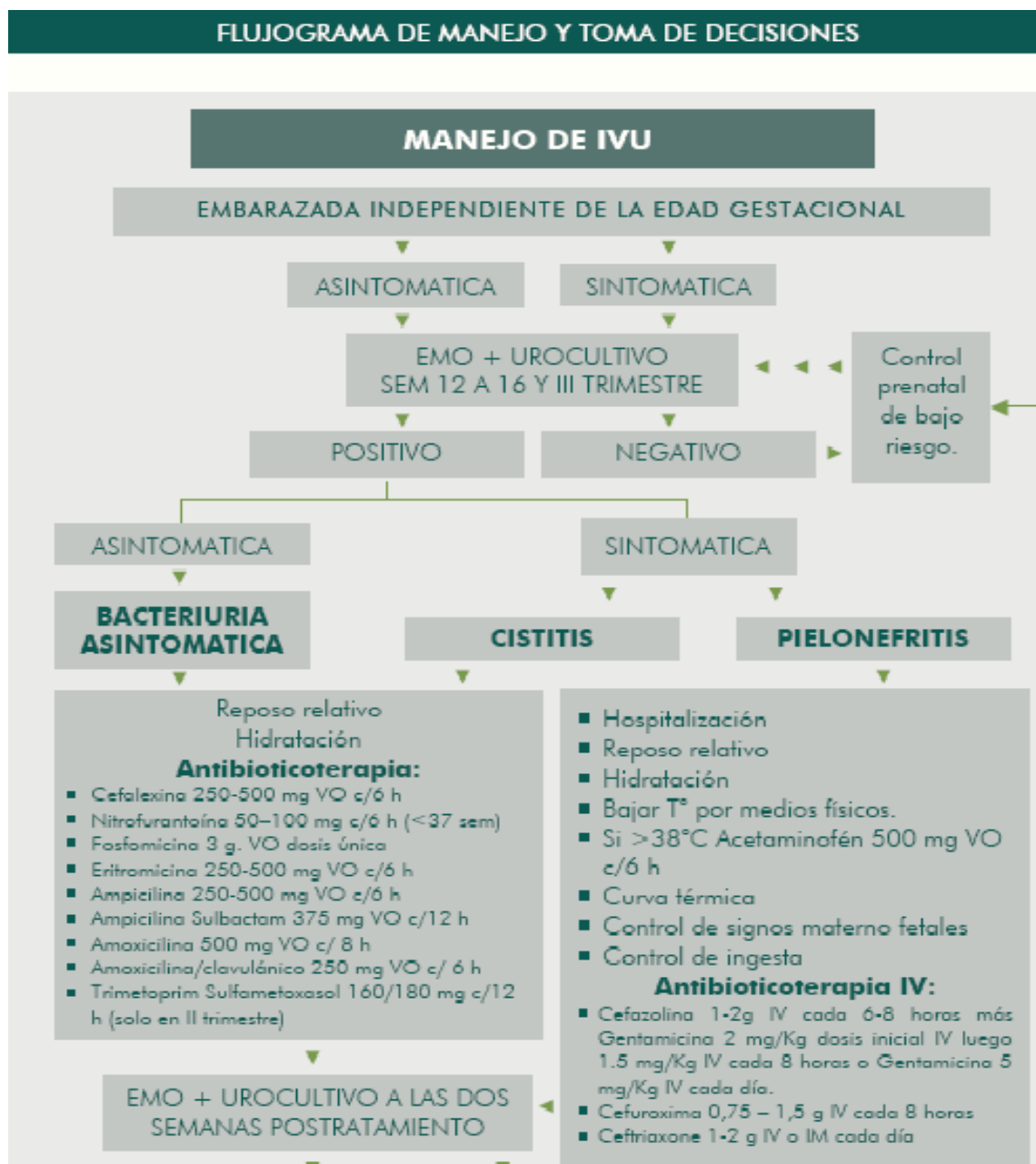
b. Controles Prenatales.....

**5.- COMPLICACIONES:**

a. Parto pre-término en la semana.....

b. número de días de hospitalización.....

## ANEXO 4: Flujoograma de manejo y toma de decisiones de IVU



**Fuente:** Componente Normativo Materno. Ministerio de salud Pública del Ecuador 2008.

**ANEXO 5:**

**RESPALDO FOTOGRÁFICO**



**Fotografía 1:** Recolección de la Información en los formularios mediante datos de las HCL en el HPGL 2012.