



Universidad de Guayaquil

Facultad de Ciencias Médicas

Escuela de Obstetricia

**Frecuencia de la Amenaza de Parto Pretérmino
originado por Infección de Vías Urinarias en pacientes
adolescentes.**

**Estudio realizado en: Hospital Materno Infantil “Matilde Hidalgo
de Prócel” de mayo 2014 hasta abril 2015**

Tesis de grado

Previo a la obtención de título de

Obstetra

Autor

Bárbara Patricia Padilla Chalen

Tutor

Dr. Juan Medina Cardozo

Ecuador 2014 – 2015



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



REPOSITARIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TITULO Y SUBTITULO:		
AUTOR/ES: BARBARA PADILLA CHALEN		TUTOR: DR. JUAN MEDINA CARDOSO
		REVISORES:
INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL	FACULTAD: FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS ESCUELA DE OBSTETRICIA	
CARRERA: OBSTETRICIA		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	No. DE PAGS: 95	
ÁREAS TEMÁTICAS: SALUD		
PALABRAS CLAVE: Frecuencia de Amenaza de parto pretérmino Adolescente Infección de vías urinaria		
RESUMEN: La incidencia amenaza de parto pretérmino (27 y 36 semanas) esta generada por una serie de factores que desencadenan esta acción, siendo la infección de vías urinarias una de las principales causas por tanto en nuestro medio se han realizado varios estudios en relación al problema, abordando principalmente la frecuencia de estas infecciones, el tipo de tratamiento y el manejo subsecuente. Tomando en cuenta la frecuencia de infección del tracto urinario durante el embarazo y el hecho de que las complicaciones maternas y fetales que producen, pueden ser prevenidas a través del diagnóstico y manejo oportuno y adecuado de esta patología. Aproximadamente del 3 al 12% de las embarazadas sufren de infección del tracto urinario, de las que 3 al 10% se presentan como bacteriuria asintomática, teniendo mayor riesgo (20 a 30% de los casos) de evolucionar hasta una infección urinaria sintomática en caso de no ser tratada adecuadamente puede llegar a ocasionar pielonefritis estando presente esta patología incluso en el puerperio.		
N. DE REGISTRO :		N. DE CLASIFICACIÓN:
DIRECCIÓN URL		
ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO
CONTACTO CON AUTORES/ES:	Teléf. 0997890062	Email Barbarapadilla1@outlook.com
CONTACTO EN LA INSTITUCION:		

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por bendecirme y demostrarme su amor permitiéndome alcanzar una de mis metas en la vida, ya que fue Jehová Dios quien me dio la sabiduría y fuerzas para seguir adelante.

A mi tutor el Dr. Juan Medina por guiarme en el transcurso de la realización de mi tesis.

A mi padre el Ing. José Padilla Padilla por su ayuda diaria y a mi madre la Sra. Angélica Chalen Castro por estar a mi lado siempre.

A mis profesores que compartieron conocimientos y sus experiencias de su vida profesional, de esa manera poder aprender del arte de la medicina.

Por ultimo agradezco la compañía de mi familia en cada momento de mi vida

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Jehová Dios, por haberme dado la vida y permitir el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional y continuar conmigo en el camino de la vida.

A mis padres el Ing. José Padilla Padilla y la Sra. Angélica Chalen Castro por ser el pilar fundamental en mi vida y demostrarme su amor y darme enseñanza día a día.

A mis hermanas Fernanda León Chalen y Mónica León Chalen por ser un ejemplo a seguir y dirigirme hacia buenos pasos con sus consejos.

A mi familia en general por haberme brindado su apoyo en momentos oportunos y compartir conmigo momentos de la vida.

Gracias a todas las personas que me ayudaron de manera directa e indirectamente en la realización de este trabajo.

RESUMEN

El presente estudio tiene como finalidad observar las diferentes causas y factores de riesgo ante una Amenaza de Parto Pretérmino producido por Infección de Vías Urinarias en gestantes adolescentes.

La metodología que se utilizó está basada en la recolección directa de la información en base a la entrevista durante la realización de historias clínicas y la posterior revisión de las mismas, estos registros de las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia en las aéreas de Emergencia. Consulta externa y hospitalización.

Se evidenció que el microorganismo más común en I.V.U es la E. Coli con un 53 %. La edad correspondida entre los 14 a 16 años se presenta con un 50% siendo ésta el factor de riesgo mayor.

A pesar de que las pacientes son adolescentes, reflejaron que tienen motivación y preocupación ante su embarazo asistiendo a sus debidos controles prenatales de manera correcta.

En otro punto la mayor parte de las adolescentes continúan con sus estudios y mantienen un hogar, lo que refleja que muchas adolescentes tienen una gran responsabilidad a pesar de su edad.

El Ministerio de Salud Pública continúa colocando dispensadores de anticonceptivos en centros de salud y promoviendo el uso de los mismos, motivando a las adolescentes a usar lo diferentes métodos anticonceptivos que existen para poder detener esta problemática.

Palabras clave. Parto prematuro. Adolescentes. Infección de Vías Urinarias.

SUMMARY

The present study aims to observe the different causes and risk factors facing a threat Preterm produced by Urinary Tract Infection in pregnant adolescents.

The methodology used is based on the direct collection of information based on the interview during the conduct of clinical records and subsequent revision thereof, these records of patients treated at the service of Gynecology and Obstetrics in the areas of emergency. Outpatient and hospitalization.

It was evident that the most common microorganism is E. coli UTI 53%. The matched age between 14-16 years, 50% presented with this being a major risk factor.

Although patients are teenagers, they reflected with motivation and concern about her pregnancy attending their proper antenatal correctly.

At another point most adolescents continue their studies and maintaining a home, reflecting that many teenagers have a great responsibility despite its age.

The Ministry of Health continues to place dispensing of contraceptives in health centers and promoting the use thereof, motivating teens to use the different contraceptive methods exist to stop this problem.

Keywords. Premature birth. Teens. Urinary Tract Infection.

DECLARACIÓN DEL AUTOR

Yo BARBARA PATRICIA PADILLA CHALEN con C.I. 0940189640, estudiante de la
Escuela de Obstetricia, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Guayaquil.

Declaro que el presente trabajo de investigación titulado:

**Frecuencia de la Amenaza de Parto Pretérmino originado por Infección de Vías
Urinarias en pacientes adolescentes.**

Estudio realizado en: **Hospital Materno Infantil “Matilde Hidalgo de Prócel” de mayo
2014 hasta abril 2015**

Es de mi autoría y ha sido realizado bajo mi absoluta responsabilidad y con la

Supervisión del Dr. Juan Medina Cardoso en calidad de Tutor.

BARBARA PATRICIA PADILLA CHALEN

C.I. 0940189640

INTRODUCCION

El presente estudio se realiza con carácter de trabajo profesional para la obtención de título de obstetra por parte de quien lo redacta. Trata sobre una patología específica que puede afectar con la evolución de un embarazo normal pudiendo incrementar su morbilidad materno fetal desencadenando la amenaza de parto pretérmino la cual genera un recién nacido desde la semana 27 hasta la semana 36 o 154 días de gestación.

Esta se acompaña con presencia de dinámica uterina (DU) y con o sin modificaciones cervicales. Si la amenaza no es controlada a tiempo se produce el parto prematuro lo que desencadena un problema de salud pública.

Este estudio se basa en gestantes adolescentes ya que estas son un factor más vulnerable para que se produzca la amenaza de parto pretérmino producido por la infección de las vías urinarias.

La adolescencia es la época de transición desde la niñez a la vida adulta. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció que la adolescencia se divide en temprana (de los 10 a los 14 años) y tardía (de los 15 a 19) y considera el embarazo en la mujer menor de 19 años como de alto riesgo.

El embarazo en la adolescencia es uno de los problemas más relevantes en salud reproductiva en el mundo; se ha calculado que alrededor de 15 millones de adolescentes dan a luz cada año, cifra que corresponde a una quinta parte de todos los nacimientos. (8)

El nacimiento de un niño pretérmino es una de las principales causas de morbilidad perinatal en el ámbito mundial, constituyéndose de esta manera en un problema de salud pública de suma importancia, especialmente en Latinoamérica ya que esta no posee cifras específicas y el problema va en aumento.

Existen diversos factores que desencadenan la amenaza de parto pretérmino como factores maternos, fetales, uterinos y placentarios como también: el historial de la paciente, antecedentes personales, complicaciones en el embarazo, complicaciones obstétricas, nivel

socioeconómico, y otros es por ello que surge la importancia de realizar un estudio investigativo siendo éste descriptivo y prospectivo.

De acuerdo a las estadísticas realizadas por (ENDEMAIN, 2004). En Ecuador, dos de cada tres adolescentes entre 15 y 19 años, sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez.

La tendencia del incremento del embarazo en menores de 15 años en la última década es del 74%, y en mayores de 15 años es del 9% (Documento de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar, 2010). La tendencia de la fecundidad adolescente en Ecuador es la más alta de la subregión andina, llegando a 100 por 1.000 nacidos vivos

Cabe recalcar que en Ecuador se considera de especial atención por parte del Estado y las instituciones de salud el embarazo y el parto de madres adolescentes. Se prohíben medidas de exclusión o de discriminación por causa de embarazo o maternidad de una adolescente.

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La amenaza de parto pretérmino continúa siendo un problema de salud pública, sin un diagnóstico oportuno, puede desencadenar y terminar en parto pretérmino que es una de las principales causas de morbilidad materno fetal.

Este problema se vuelve importante en gestantes adolescentes ya que muchas de ellas no tienen conocimiento de los diferentes problemas asociados a una amenaza de parto pretérmino (APP).

El ministerio de salud pública ha realizado diferentes métodos como entregas de folletos, videos ilustrativos para que la gestante adolescente identifique los diferentes factores de riesgo ante una amenaza de parto pretérmino.

En otro punto tenemos los controles prenatales, los cuales nos ayuda a obtener más información sobre la evolución del embarazo y así de manera profesional resolver si existiese o no un inconveniente durante el embarazo.

1.1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Por qué las pacientes adolescentes son un factor vulnerable en amenaza de parto pretérmino, producido por infección en vías urinarias?

1.1.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1.- ¿La edad de la paciente es un factor importante en la frecuencia de la amenaza de parto pretérmino?

2.- ¿El apoyo emocional y familiar juega un papel importante en la frecuencia de amenaza de parto pretérmino?

3.- ¿El nivel socioeconómico influirá en la frecuencia de amenaza de parto pretérmino?

4.- ¿La falta de higiene será un factor que desencadene la frecuencia de amenaza de parto pretérmino?

5.- ¿Una vez adquirida la infección de vías urinarias cual será el microorganismo más frecuente que incida en la amenaza de parto pretérmino?

1.1.4 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Realizado en el Hospital Materno Infantil “Matilde Hidalgo de Prócel” en un periodo de Mayo del 2014 hasta Abril del 2015. Dirigido a pacientes adolescentes en gestación desde la semana 27 hasta la semana 36 en el área Gineco - Obstetricia, departamento de emergencia, consulta externa, hospitalización y estadística.

1.2 JUSTIFICACION

Las adolescentes son un factor vulnerable, en lo que respecta a una amenaza de parto pretérmino debido a falta de conocimiento, factor social, económico o académico.

Debido a esto, se realizará un estudio a fondo de los problemas, causas y consecuencias de los diferentes aspectos que con llevan a una amenaza de parto antes de tiempo.

Los problemas que puede desencadenar la prematurez en adolescentes, pueden no solo afectar a la paciente o al neonato, también incluye el ámbito familiar al tener que pagar gastos médicos que acarrear la atención del recién nacido que permanece hospitalizado por días o semanas generando problemas sociales al provocar crisis y hasta disfunción familiar por no tener el tiempo necesario para atender a los demás integrantes de la familia.

Si bien, el parto prematuro puede ser el resultado del desencadenamiento precoz de mecanismos fisiológicos, debe ser considerado en un mismo proceso patológico. La infección en vías urinarias juega un papel importante ya que esta es uno de los procesos patológicos que se presentan y aumentan la posibilidad de producir el parto prematuro.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar que la Infección de Vías Urinarias es la etiología más frecuente en una Amenaza de Parto Pretérmino en madres adolescentes.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Valorar el tipo de infección de vías urinarias que presentan las madres adolescentes durante su gestación
- Obtener un análisis de la Amenaza de Parto Pretérmino sobre la información obtenida por las pacientes por medio de una encuesta.

1.4 HIPOTESIS

La infección de vías urinarias es la etiología más frecuente de la amenaza de parto pretérmino en gestantes adolescentes que acuden al Hospital Materno Infantil “Matilde Hidalgo de Prócel”.

1.5 VARIABLES

1.5.1 VARIABLES DEPENDIENTES

Frecuencia de infección de vías urinarias en pacientes con amenaza de parto pretérmino en adolescentes.

1.5.2 VARIABLES INDEPENDIENTES

- Edad
- Procedencia
- Estado civil
- Semana de gestación
- Control prenatal
- Paridad
- Agente etiológico

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.2 ANTECEDENTES

El parto prematuro ha sido una patología a la cual el obstetra y pediatra se han enfrentado durante años, ha sido poco el terreno ganado, inclusive en los países desarrollados, es la primera causa de muerte perinatal. Son grandes los esfuerzos que se realizan en materia de investigación y asistencia. (8)

La actividad sexual temprana junto con el bajo rendimiento escolar suelen ocasionar, mayores tasas de natalidad y exponen a las adolescentes a riesgos de quedar embarazadas. "Así un primer grupo de países de alta fecundidad por encima de 100 nacimientos de cada mil mujeres entre las edades de 12 a 19 años". (8)

Los factores vinculados al nacimiento antes de tiempo son múltiples entre ellos tenemos el más frecuentes: la edad materna, intervalo corto entre partos, estrés, infección urinaria, enfermedad hipertensiva del embarazo, ruptura prematuras de membranas (RPM), desprendimiento prematuro de placenta, tabaquismo, embarazo gemelar y embarazo en la adolescente.(8)

Es así, como a continuación se desarrollan algunos conceptos involucrados con el tema a desarrollar:

2.2 BASE CONCEPTUAL

2.3 LA ADOLESCENCIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica". (8)

Según la OMS la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. (8)

2.3.1 CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA TEMPRANA (10 A 14 AÑOS)

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física. (22)

2.3.2 CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA TARDÍA (15 A 19 AÑOS)

En esta fase se ha culminado gran parte del crecimiento y desarrollo, el adolescente va a tener que tomar decisiones importantes en su perfil educacional y ocupacional. Se ha alcanzado un mayor impulso y maduración de la identidad inclusive en su vida sexual, por lo que está muy cerca de ser un adulto joven. (22)

2.4 LA PUBERTAD

Es un término empleado para identificar los cambios somáticos dados por la aceleración del crecimiento y desarrollo, aparición de la madurez sexual y de los caracteres sexuales secundarios. No es un proceso exclusivamente biológico, sino que está interrelacionado con factores psicológicos y sociales. (21)

2.5 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES

Crecimiento corporal dado por aumento de peso, estatura y cambio de las formas y dimensiones corporales, aumento de la masa y de la fuerza muscular, más marcada en el varón. (21)

Al incrementarse la velocidad del crecimiento se cambian las formas y dimensiones corporales, esto no ocurre de manera armónica, por lo que es común que se presenten trastornos como son: incoordinación, fatiga, trastornos del sueño, esto puede ocasionar trastornos emocionales y conductuales de manera transitoria. (21)

Desarrollo sexual caracterizado por la maduración de los órganos sexuales, aparición de caracteres sexuales secundarios y se inicia la capacidad reproductiva. (16)

Evolución del pensamiento concreto al abstracto, manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual, tendencia grupal, búsqueda de sí mismos y de su identidad, necesidad de su independencia. (16)

Relaciones conflictivas con los padres que oscilan entre la dependencia y la necesidad de separación de los mismos. (16)

Con lo anteriormente referido vemos como los adolescentes están expuestos a riesgos que no es más que la probabilidad de que acontezca un hecho indeseado que afecta a la salud de un individuo o de un grupo .

Aparecen también otros conceptos como vulnerabilidad que es la potencialidad de que se produzca un riesgo o daño y los factores de riesgo que son considerados como altas

probabilidades de daño o resultados no deseables para el adolescente, sobre los cuales debe actuarse.

2.5.1 FACTORES PREDISPONENTES EN LA ADOLESCENCIA

- Aparición temprana de la menarca (primera menstruación).
- Desintegración familiar.
- Relaciones sexuales precoces.
- Libertad sexual.
- Búsqueda de una relación.
- Drogadicción
- Circunstancias particulares como prostitución, violación, incesto y adolescentes, con problemas mentales. (21)

2.5.2 FACTORES DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA

El Estilo de vida: Las madres adolescentes son más dadas a demostrar comportamientos tales como fumar, uso de alcohol, abuso de drogas; alimentación muy deficiente. Esto puede poner al bebé en un riesgo alto de crecimiento inadecuado, infecciones y dependencia química. (24)

Infecciones de Transmisión sexual (ITS).- La promiscuidad y la falta de educación en estas áreas, agravan los riesgos de la adolescente embarazada. (24)

2.5.3 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA

La adolescencia se la considera una etapa en la cual ocurren muchas experiencias, entre ellas las relaciones sexuales. (24)

En la primera etapa de la adolescencia es frecuente la masturbación y las fantasías sexuales. En la adolescencia temprana suelen producirse los primeros contactos físicos (intercambios de besos y caricias) como una forma de exploración y aventura mientras que en la adolescencia tardía habitualmente se inician las relaciones sexuales que incluyen el coito. (24)

Son más frecuentes las disfunciones sexuales, que pueden guardar relación con: temor al embarazo, a ser descubiertos, conflictos de conciencia o actuar bajo presión de la pareja. (24)

Las estadísticas muestran que los riesgos son altos y confirman que no suelen ir bien preparados. Entre los riesgos más destacados:

- Embarazo.
- Enfermedades de transmisión sexual (SIDA, etc.).

2.5.4 PROTECCIÓN Y SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES

En general los adolescentes, la protección, es la última opción en la que piensan y sin embargo, es la primera en la que debería de preocuparse seriamente. Existen diversas formas en la que el ministerio de salud pública (MSP) promueve el uso de anticonceptivos en los adolescentes, como la colocación de dispensadores de condones masculinos y femeninos de manera gratuita en subcentros de salud públicos, de esta manera promover la utilización de este tipo de anticonceptivos y bajar el índice de embarazo en adolescentes. (24)

2.6 EMBARAZO ADOLESCENTE O EMBARAZO PRECOZ

Es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad –comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia. (24)

La falta de apoyo, información y orientación en materia de salud reproductiva, la orientación y educación sexual para adolescentes, ha ocasionado que el índice de embarazos en esta etapa de la vida se empiecen a considerar como un problema de salud pública. (24)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que anualmente alrededor de 16 millones de niñas de entre 15 y 19 años dan a luz, Las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior.

La adolescencia se la caracteriza como una etapa de la vida caracterizada por la inmadurez biológica, psíquica y emocional para asumir el rol de madre y mantener una relación de pareja estable. (24)

2.6.1 CAUSAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Las diferentes causas que conllevan al embarazo precoz se encuentran las siguientes:

- El matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer
- La práctica de las relaciones sexuales de los jóvenes sin métodos anticonceptivos
- La presión de los compañeros, que alientan a los adolescentes a tener relaciones sexuales
- El consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas, producen una reducción en la inhibición, que puede estimular la actividad sexual no deseada
- Carecer de información y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos y el no tener un fácil acceso a su adquisición

- La falta de una buena educación sexual. (21)

2.6.2 CONSECUENCIAS DE UN EMBARAZO TEMPRANO

2.6.2.1 DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO

La joven corre el riesgo de experimentar anemia, preeclampsia, complicaciones en el parto y enfermedades de transmisión sexual, así como un alto riesgo de mortalidad propia durante el embarazo. (14)

Los bebés de madres adolescentes tiene una alta tasa de mortalidad al igual que pueden experimentar malformaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental, ceguera, epilepsia o parálisis cerebral. Estos niños experimentan muchos más problemas de conductas y funcionamiento intelectual disminuido. (14)

2.6.2.2 DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICOLÓGICO

La reacción depresiva de la adolescente en curso de su embarazo puede ser tan fuerte que puede llevarla al suicidio o intento de suicidio, teniendo en cuenta que esta es la segunda causa de muerte en esta edad después de los accidentes.

El embarazo y los problemas que este puede traer, el drama sentimental de una separación, el aislamiento, el pánico, pueden ser fácilmente considerados como “factores suicidógenos circunstanciales”. (14)

La situación psicológica de la adolescente embarazada es compleja y difícil. En ella se acumulan las dificultades propias de la adolescencia; los problemas afectivos observados a lo largo de cualquier embarazo; las dificultades personales o familiares que traen consigo el embarazo, las que originan ciertas reacciones reales o simplemente temidas del entorno, la inquietud de un futuro incierto; la perturbación por las decisiones que se han de tomar es vacío afectivo. (14)

2.5.3 COMPLICACIONES PARA LA MADRE ADOLESCENTE

2.5.3.1 EL CONTROL PRENATAL TARDÍO

Estas jóvenes en general concurren tardíamente al control prenatal, o no asisten, por lo tanto no se pueden prevenir los problemas maternos y del bebé. Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho más alto de complicaciones médicas serias tales como la toxemia, hipertensión, anemia importante, parto prematuro y/ o placenta previa. El riesgo de muerte para madres de 15 años o más jóvenes es 60% mayor que el de madres de 20 años. (14)

- **Bebés de Bajo Peso al nacer:** Los bebés de madres adolescentes tienen de 2 a 6 veces más probabilidades de tener bajo peso al nacer, que los bebés nacidos de madres de 20 años o más.
- **Parto por Cesárea:** La causa principal de las cesáreas se debe fundamentalmente a la desproporción pélvico fetal (la pelvis de la adolescente no tiene el tamaño adecuado para permitir el parto), sobre todo en adolescentes jóvenes que no han completado en su totalidad su desarrollo físico.
- **Mortalidad Infantil Perinatal:** El riesgo de mortalidad infantil perinatal aumenta en los hijos de madres menores de 20 años.
- **Abortos provocados:** existe un aumento en el número de abortos provocados lo que pone en riesgo la vida de la adolescente.

Son diversas las complicaciones que se presentan en las madres gestantes adolescentes, como vemos la prematuridad continúa siendo la mayor causa de morbilidad neonatal y la responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas del recién nacido.

Es por eso que el parto prematuro es un problema no sólo obstétrico sino también neonatal, ya que se asocia con un alto índice. (14)

2.7 AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO (APP)

2.7.1 DEFINICIÓN

La amenaza de parto prematuro o pretérmino (APP) se define clásicamente como la presencia de dinámica uterina (DU) regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 27 hasta las 36 semanas de gestación, que se caracteriza por la frecuencia de 1 contracción cada 10 minutos, de 30 segundos de duración palpatoria, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos, con borramiento del cérvix uterino del 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm. (23)

La amenaza de parto prematuro puede tener un origen multifactorial. En la mayoría de casos, se desconoce la causa desencadenante (causa idiopática). Otras veces, existe una razón más o menos obvia (gestación múltiple, polihidramnios) que explique la aparición de la dinámica.

Existen diversos factores de riesgo que desencadenan el parto pretérmino, como se los describe a continuación. (23)

2.7.2 FACTORES DE RIESGO EN APP

2.7.2.1 GESTANTES ADOLESCENTES

Debido a la falta de orientación en los jóvenes, se observa cada día un incremento en el número de adolescentes embarazadas, llegando esto a generar un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la adolescente, además de condicionar y perturbar su proyecto de vida, lo que conlleva entre otros a una problemática de índole médico, pues las jóvenes muchas veces asisten a los centros de salud con las complicaciones del embarazo y el parto, por no haber tenido un debido control prenatal adecuado y por ende con un mayor riesgo de presentar amenaza de parto prematuro. (5)

2.7.2.2 LAS RELACIONES SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO

Se ha correlacionado a la amenaza de parto prematuro con la actividad sexual, cuando la incidencia de orgasmos es elevada después de la semana 32 de gestación, pero no se sabe con certeza si se debe a la asociación con infecciones genitourinarias, que a su vez se relacionan con la ruptura prematura de membranas como su causa principal. (5)

La actividad sexual aumenta en el 80% de los casos durante el segundo trimestre, lo cual puede coincidir con un aumento de las infecciones del tracto urinario y por consiguiente riesgo de amenaza de parto prematuro.

Si se considera que existen prostaglandinas en el semen y éstas forman parte del estímulo inicial del parto en seres humanos, conjuntamente con la reacción producida por un proceso infeccioso, el aspecto mecánico del coito y las contracciones producidas durante el mismo, que pueden perdurar hasta 15 minutos después del orgasmo, hay razones suficientes para pensar que todo ello favorezca la amenaza de parto prematuro, y debe incluirse todavía el

aspecto sociocultural y el estado psicológico de la mujer gestante, ya que pueden existir otros factores que tal vez no se estén tomando en cuenta. (5)

2.7.2.3 NIVEL SOCIO – ECONÓMICO BAJO Y/O POBREZA Y APP

En la incidencia de amenaza de parto prematuro influyen los 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, el riesgo de parto prematuro durante el embarazo es superior en las mujeres que interrumpen sus estudios antes de los 15 años, por lo que debido a sus condiciones no son capaces de generar recursos para el mantenimiento de la familia. (5)

2.7.2.4 DESNUTRICIÓN

El embarazo constituye una de las etapas de mayor vulnerabilidad nutricional en la vida de la mujer. Existe una importante actividad anabólica que determina un aumento de las necesidades nutricionales con relación al periodo preconcepcional.

La desnutrición materna pre gestacional o durante el embarazo se asocia un mayor riesgo de morbilidad infantil, en tanto que la obesidad también constituye un factor importante de riesgo, al aumentar algunas patologías del embarazo, la proporción de niños macrosómicos y por ese mecanismo, las distocias y complicaciones del parto. (23)

2.7.2.5 TABAQUISMO, DROGADICCIÓN, ALCOHOLISMO

La nicotina atraviesa y se concentra en el feto y el líquido amniótico (18% en la sangre fetal y el 88% en el líquido amniótico, causando vasoconstricción placentaria, alteraciones del simpático con aumento de la frecuencia cardíaca fetal. Por otra parte el monóxido de carbono, causa; la formación de carboxihemoglobina lo cual disminuye el nivel de

oxigenación fetal por bloquear irreversiblemente a la hemoglobina, produciendo una muerte fetal y como consecuencia el parto prematuro. (5)

2.7.2.6 PERÍODO INTERGENÉSICO < 6 MESES.

Un periodo muy cortó entre un embarazo y otro, causan un alto riesgo de presentar una amenaza de parto pretérmino. (14)

Antecedente previo de parto pretérmino espontáneo o rotura prematura de membranas < 34 semanas. Se excluye la patología materna y/o fetal que motiva una finalización más precoz de la gestación (trastornos hipertensivos, RCIU, DM mal controlada, etc.) (14)

Historia obstétrica sugestiva de incompetencia cervical ≥ 15 semanas de gestación. Incluye pacientes con abortos de 1er trimestre en las que, en la gestación actual, se objetiva en la ecografía de screening prenatal un cérvix < 25 mm o un acortamiento cervical. (14)

2.7.2.7 INFECCIONES LOCALES Y APP

La vaginosis bacteriana, considerada como un proceso benigno, es un factor de riesgo para desarrollar una amenaza de parto prematuro, la salpingitis aguda, y las complicaciones neonatales y perinatales. La amenaza de parto prematuro constituye un importante motivo de consulta en la emergencia obstétrica, atribuyéndose como causa muchas veces a la infección urinaria, olvidándose en la mayoría de los casos la infección del tracto vaginal (14).

La asociación de infecciones vaginales y cervicales y embarazo han sido documentado desde hace muchos años, se ha relacionado con trabajo de parto prematuro (APP) de un 5-10%, también se han relacionado con ruptura prematura de membranas (RPM). (14)

2.7.2.8 INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS (IVU) Y APP

Debido a las modificaciones anatómicas y funcionales que se producen durante la gestación, aproximadamente de un 5 a un 10% de las gestantes presentan infección urinaria sintomática o asintomática. (14)

Este proceso puede influir de forma negativa en la evolución de la gestación por varios mecanismos. Está demostrado que en la infección urinaria sintomática o no, existe un incremento de la incidencia de amenaza de parto prematuro.

El paso del germen o sus toxinas al compartimento fetal, o la repercusión materna del proceso infeccioso, sobre todo cuando hay afectación secundaria hepática, pulmonar, cuadro séptico generalizado o shock séptico, todo ello actúa negativamente sobre el desarrollo del embarazo. (14)

Las bacterias que se encuentran con mayor frecuencia son: E. coli, Riebsielía, Proteus, Pseudomonas, Staphylococcus y Streptoeoccus, en este último caso resulta imprescindible descañar su presencia simultánea en la vagina. (14-20)

2.7.3 EVALUACIÓN CLÍNICA

Existen métodos objetivos que evalúan este riesgo con una mejor capacidad predictiva y con una alta especificidad permitiendo descartar los falsos positivos. Entre estos métodos podemos destacar: (23)

- Historia clínica: contracciones, presión pélvica, dolor lumbar, hemorragia genital, aumento de flujo vaginal...
- Antecedentes personales y antecedentes obstétricos.
- Exploración general: pulso, tensión arterial y temperatura.

- Estimación de la edad gestacional, a partir de la fecha de la última regla o la fecha probable de parto calculada en la ecografía de primer trimestre.

- Exploración genital con la finalidad de realizar:

- Especulospia para ver las condiciones del cuello uterino, el estado de las membranas amnióticas y la presencia de hemorragia genital.

- Ecografía abdominal para visualizar número de fetos, estática fetal, estimar peso fetal y volumen de líquido amniótico y ver localización placentaria, determinar edad gestacional (DBP-LF)

- Analítica básica: hemograma, coagulación, bioquímica y sedimento de orina.

- Valorar realizar urocultivo previo a tratamiento con antibióticos si se decide ingreso de la paciente.

2.7.4 EXAMEN FÍSICO

En la evaluación clínica de la paciente se debe realizar un adecuado examen físico que tiene como objeto aclarar el diagnóstico, descartar otras entidades etiológicas y posibles causas desencadenantes. (23)

Este examen físico debe incluir:

Exploración médica general que incluye los signos vitales.

2.7.4.1 PALPACION ABDOMINAL

- Valoración de la dinámica uterina (DU) mediante cardiotocografía externa o por palpación abdominal. No existe consenso sobre el número de contracciones necesarias para definir una APP pero generalmente se consideran: (23)

- 4 en 20/30 minutos o bien 8 en 60 minutos.
- Duración de más de 30 segundos de cada contracción.
- Palpables y dolorosas.

Mediante la cardiotocografía externa también se valora el bienestar fetal. Las contracciones de Braxton-Hicks existen en un gran número de embarazos que finalizan a término la gestación. Es difícil diferenciarlas de las contracciones que van a producir modificaciones cervicales. (23-20)

Los diferentes cambios cervicales se los comprueba mediante diferentes parámetros:

2.7.4.2 EXPLORACION GINECOLOGICA

Mediantes la realización del tacto vaginal se valora la dilatación, borramiento, posición, consistencia y altura de la presentación, esto lo podemos medir mejor con el índice de Bishop.

*Test de Bishop, valoración clínica del cuello uterino (véase en anexo 9 – tabla 5)

Si el cérvix aparece borrado >70% y/o dilatado de 2 cm o más, se considera diagnóstico de APP al igual que un borramiento y dilatación cervical progresivas.

El borramiento cervical evoluciona en dirección cráneo-caudal. Hasta que los orificios cervicales interno y externo se unen, el cuello se va acortando y el canal cervical adopta diferentes formas. (17)

*Gráfico en la cual se muestra las diferentes formas que adopta el cérvix al momento de borrarse (véase en anexo 10 – grafico 1)

2.7.4.3 MARCADOR ECOGRÁFICO

La valoración del cuello uterino mediante la ecografía transvaginal es un método más objetivo, reproducible y con un valor más predictivo. (23)

Para tener una correcta reproducibilidad de la ecografía transvaginal es necesario:

- Magnificar la imagen del cérvix al 75% de la pantalla.
- El orificio cervical interno debe verse triangular o plano.
- Visualización del canal cervical en toda su longitud.
- El canal cervical debe estar equidistante del labio anterior y posterior.
- Realizar la ecografía con la vejiga vacía.
- No hacer excesiva presión sobre el cérvix o fondo de saco.
- Practicar tres mediciones y tener en cuenta la menor de ellas.
- Medir el canal cervical

2.7.4.4 MARCADOR BIOQUÍMICO

La fibronectina fetal es una glucoproteína producida por el corion. Está relacionada con la adherencia de la placenta y membranas a la decidua. La separación entre decidua y corion conlleva un aumento de esta glucoproteína en secreción cérvicovaginal y esto reflejaría un comienzo espontáneo de parto. (23)

Es normal detectar la fibronectina en gestaciones menores de 20 semanas y mayores de 37 semanas. Está contraindicada en los siguientes casos:

- Rotura prematura de membranas o >3 cm de dilatación
- Cerclaje
- Placenta previa y/o sangrado
- Exploraciones o relaciones en < 24 horas

Está indicada en:

- Mujeres sintomáticas entre 24-34 semanas
- Dilatación <3 cm
- Membranas íntegras

Las mujeres con síntomas y signos de APP y un test de fibronectina negativo (<50 ng/ml) tienen un riesgo de parto prematuro en las dos semanas siguientes menor al 1%. El valor predictivo negativo de esta prueba es muy elevado. Sirve más para descartar una APP que para confirmarla. (14)

Un test de fibronectina positivo tiene menos valor que una longitud de cérvix corta. El 30% de las pacientes con test positivo tendrá un parto pretérmino. La combinación de ambas pruebas para valorar el riesgo es mayor cuando la longitud cervical (LC) es <30 mm.

Si la longitud del cérvix es <20 mm ya se considera una APP y no sería necesario realizar la prueba de fibronectina. (14)

2.8 CONDUCTA A SEGUIR ANTE UNA APP

PROTOCOLO DE MANEJO DE TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO
1. Realice o complete la H.C y el carnet perinatal
2. Evaluación clínica que incluya todos los signos vitales
3. Realice evaluación obstétrica que incluya FCF por cualquier método y examen vaginal
4. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: biometría hemática, TP, TPT, plaquetas, grupo sanguíneo y factor RH, VIH-VDRL, etc.
5. Solicitar aquellos exámenes que falten en la carpeta de la paciente incluyendo ecografías, o que necesiten ser actualizados, si resultados indican IVU, seguir protocolo para tratamiento
6. Tranquilice a la paciente e informe situación
7. Escuche y responda atentamente a las preguntas que ella realice y a sus familiares
8. Brinde apoyo emocional continuo
9. Realice el primer examen o tacto vaginal en condiciones de asepsia, con lavados de mano previos y uso de guantes estériles descartables.
10. En la primera evaluación debemos tener en cuenta: dilatación cervical, borramiento, consistencia cervical, posición cervical, altura de presentación fetal, posición, verificar sangrado, pérdida de líquido transvaginal, etc
11. Si dispone de ecografía abdominal verificar ILA, estática fetal, inserción placentaria. A demás longitud del cuello uterino como predictor de APP

(Alarma si es menor de 20mm) (14)

SI EL EMBARAZO ES $\geq$ 37 SEMANAS PROBABLAMENTE LA PACIENTE SE ENCUENTRE EN FASE LATENTE DE LABOR DE PARTO

- 1. Finalización del embarazo según criterio obstétrico por parto o cesárea según protocolos de manejo del parto e inductoconduccion**
- 2. Con el diagnóstico probable disponga el ingreso a la unidad operatoria o referencia a otra unidad de mayor resolución para atención por profesional calificado si el embarazo es menor de 37 semanas, envíe a la paciente con la primera dosis de tratamiento tocolíticos y de maduración pulmonar, enviar con hoja de referencia llena, con firma y nombre legible. (14)**

SI EL EMBARAZO ES $\leq$ DE 37 SEMANA REALICE MANEJO TOCOLITICO

Nifedipina: 10 mg VO cada 20 minutos por 3 dosis, luego 20 mg cada 4-8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o 72 horas.

Indometacina: 100 mg vía rectal cada 8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o 72 horas.

Contraindicaciones de tocolisis:

- Dilatación $\geq$ 4 cm – Borramiento del 50 %**
- Corioamnionitis**
- Preeclampsia, eclampsia, síndrome de Hellp**
- Compromiso del bienestar fetal o muerte fetal**
- Malformaciones fetales**

• Desprendimiento normo placentario
Maduración pulmonar fetal si embarazo es ≥ 24 y ≤ 34 semana: ✓ Betmetasona: 12 mg IM a las 24 horas (total 2 dosis) ✓ Dexametasona: 6mg IM y cada 12 horas (total 4 dosis) No se requiere nueva dosis semanal de corticoides para conseguir efectos beneficiosos perinatales.
Corioamnionitis: a base de antibiótico terapia • Ampicilina: 2g IV cada 6 horas • Gentamicina 2mg/kg dosis inicial IV luego 1,5 mg/kg IV cada 8 horas
Comunicar caso a neonatología
Si transcurre 72 horas de que se ha completado el esquema de maduración pulmonar fetal persiste las contracciones determine finalización del embarazo por parto o cesárea según criterio obstétrico. (14)

2.9 TRATAMIENTO

Ante todo debemos preparar física y psicológicamente a la paciente, ya que ella es nuestro universo en este problema más aún si esta es adolescente, así mismo la familia debe estar informado de cada paso que se va a realizar en el tratamiento ante la APP.

Ante un caso de APP y termine en parto pretérmino se debe comunicar este caso al neonatólogo por si el tratamiento fuera ineficaz y el parto se produjera en las próximas horas. Respecto a la vía de parto se optará por la vía vaginal, excepto cuando la presentación sea de nalgas y el peso estimado fetal menor de 1.500 gramos y/o la edad gestacional menor de 32 semanas. En estos casos se realizará una cesárea electiva. (17)

Si hay ausencia de actividad uterina, pero el cuello uterino está modificado, podría tratarse de una incompetencia cervical.

En este caso cabe la posibilidad de realizar un cerclaje de emergencia. La eficacia del cerclaje en mujeres con un cuello uterino acortado no ha sido claramente demostrada en estudios randomizados. (23)

2.9.1 CERCLAJE CERVICAL.

El cerclaje se utiliza en casos de sospecha de incompetencia ístmico-cervical y puede que sea eficaz en los casos diagnosticados acertadamente.

Sin embargo, el diagnóstico de incompetencia es muy difícil y con frecuencia inexacto.

Los resultados muestran que la intervención solo disminuye la incidencia del parto pretérmino en mujeres con antecedentes de tres o más partos pretérmino y que se asocia con una frecuencia aumentada de hospitalización, infección, uso de agentes tocolíticos, inducción del parto y operación (cesárea). (20)

Debemos seguir cada punto del tratamiento de acuerdo al protocolo de manejo.

2.9.2 ADMINISTRACIÓN DE CORTICOIDES

Todas las mujeres gestantes entre las 24-34 semanas de embarazo con una APP son candidatas al tratamiento prenatal con corticoides para acelerar la madurez pulmonar fetal y reducir la incidencia y gravedad del síndrome de distrés respiratorio fetal. (8)

Las pautas aceptadas son: Betametasona y Dexametasona

2.9.3 ADMINISTRACIÓN DE TOCOLÍTICOS

En base a los datos de eficacia, perfil de seguridad y autorización para su uso, en la actualidad, el atosiban debe ser el fármaco de primera línea en el tratamiento de la APP.

□ El atosibán es un análogo de la oxitocina que actúa bloqueando selectivamente los receptores de la oxitocina impidiendo la apertura de los canales del calcio e inhibiendo la contracción muscular. (22)

2.9.4 ADMINISTRACIÓN PROFILÁCTICA DE BETAMIMÉTICOS.

En pacientes con alto riesgo de parto pretérmino o que consultan por contracciones uterinas durante el embarazo, la administración de agentes betamiméticos por vía oral es una práctica profiláctica muy difundida entre los obstetras.

Varios datos provenientes de investigaciones controladas en países en vía de desarrollo muestran que los betamiméticos no tienen ningún efecto beneficioso sobre el resultado perinatal.

Si bien es cierto que hacen falta investigaciones de mejor calidad y mayor tamaño para concluir la evaluación, hasta el momento no hay pruebas que justifiquen la utilización de esos agentes en la práctica clínica. (8)

2.9.5 TRATAMIENTO A BASE DE ANTIBIÓTICO

Se usa el antibiótico si existe una infección de vías urinarias (IVU), rotura prematura de membranas (RPM), una infección local, se debe utilizar tratamiento antibiótico específico.

Con el tiempo se le ha ido dando cada vez más importancia en la patogénesis a los factores infecciosos ante una APP. (23)

2.10 INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS (IVU)

2.10.1 DEFINICIÓN

La (IVU) es la existencia de gérmenes patógenos en la orina por infección de la vejiga o el riñón. La infección puede ocurrir en diferentes puntos en el tracto urinario, incluso:

Vejiga: una infección en la vejiga también se denomina cistitis o infección vesical.

Riñones: una infección de uno o ambos riñones se denomina pielonefritis o una infección renal.

Uréteres: los conductos que llevan la orina desde cada riñón hasta la vejiga sólo en raras ocasiones son sitio de infección.

Uretra: una infección del conducto que expulsa la orina desde la vejiga hacia fuera se denomina uretritis.

La IVU es una de las complicaciones médicas más frecuentes en el embarazo; los cambios fisiológicos asociados al embarazo predisponen al desarrollo de complicaciones que pueden afectar significativamente a la madre y al feto. (10-7)

A pesar del desarrollo de nuevos antibióticos, la IVU continúa asociándose a morbilidad elevada a nivel materno y fetal. (25)

La relación entre IVU, parto prematuro y bajo peso al nacer está ampliamente documentada. Cerca de un 27% de los partos prematuros han sido asociados con algún tipo de infección de vías urinarias. (25)

La *Escherichia coli* se encuentra presente aproximadamente en el 80 a 90% de las infecciones de vías urinarias y en el 95% de las pielonefritis agudas; otros gérmenes aislados son *Proteus mirabilis* y *Klebsiella pneumoniae*, también se han aislado gérmenes Gram positivos, *Streptococcus agalactiae* y *Staphylococcus aureus* negativo. (25)

Existen variantes clínicas que se presentan en el embarazo como son la bacteriuria asintomática, la cistouretritis y la pielonefritis. (25)

2.10.2 CAUSAS

La mayoría de las infecciones urinarias son causadas por bacterias que ingresan a la uretra y luego a la vejiga. La infección se desarrolla con mayor frecuencia en la vejiga, pero puede propagarse a los riñones. La mayoría de las veces, el cuerpo puede librarse de estas bacterias. Sin embargo, ciertas afecciones aumentan el riesgo de padecer infecciones urinarias.

Las mujeres tienden a contraerlas con más frecuencia debido a que su uretra es más corta y está más cerca del ano que en los hombres. Debido a esto, las mujeres tienen mayor probabilidad de contraer una infección después de la actividad sexual (14)

2.10.3 FACTORES DE RIESGO

Las (IVU) representan actualmente una de las patologías de mayor incidencia en el sexo femenino. El elemento de riesgo más importante para tolerar una infección no complicada es haber tenido relaciones sexuales recientes. Otros factores de riesgo son el uso de espermicidas o de diafragmas vaginales y la falta de una buena higiene personal. (21)

Los síntomas que acompañan a una infección de orina varían de acuerdo al sitio de la infección, pero también pueden ser asintomáticas.

Se clasifica de acuerdo al sitio de proliferación de las bacterias en: bacteriuria asintomática (orina), cistitis (vejiga), pielonefritis (riñón). (21)

En Ecuador 7.8 de tasa por 10.000 habitantes, de infección de vías urinarias fueron reportados en el año 2009 según datos del Ministerio de Salud Pública. (22)

En el presente trabajo de investigación hace referencia a la prevalencia de infección urinaria en mujeres adolescentes embarazadas, en el Hospital Materno Infantil “Matilde Hidalgo de Prócel”.

En este sentido y considerando el alto frecuencia de casos de infecciones de vías urinarias (IVU), que actualmente afectan a mujeres adolescentes en este sitio del país, es importante conocer la frecuencia y las complicaciones, y así contribuir a la disminución de las tasas de infecciones urinarias en mujeres adolescentes gestantes, pacientes de la seguridad social de la costa del ecuador con la intención de asegurar el bienestar y mejorar la calidad de vida de esta población. (22)

Durante el embarazo se producen modificaciones anatómicas y funcionales que aumentan el riesgo a padecer una infección urinaria. Cabe recalcar del 2 al 10% de las embarazadas sin antecedentes, desarrollan bacteriuria asintomática y sin tratamiento, el 30 al 50% evolucionarán a pielonefritis, ésta por su parte puede asociarse a insuficiencia renal aguda, Sepsis y shock séptico.

Aumenta el riesgo de parto prematuro y de recién nacido de bajo peso al nacer. (25)

2.11 FUNCIÓN RENAL EN EL EMBARAZO

2.11.1 FISIOPATOLOGÍAS DEL APARATO URINARIO

El sistema renal sufre cambios anatómicos y fisiológicos durante el embarazo normalmente estos cambios pueden predisponer a posibles complicaciones en aquellas mujeres en las cuales su aparato reproductor aún no está maduro como en las adolescentes en edad precoz o intermedia. La comprensión de estos cambios es necesario para entender mejor como pueden provocar o empeorar la enfermedad renal. (25)

Las formas clínicas y frecuencia de presentación de ITU durante el embarazo son las siguientes:

- Bacteriuria asintomática: 2-11%
- Cistitis: 1,5%
- Pielonefritis aguda: 1-2%

Entre las diversas patologías tenemos:

2.11.1.1 BACTERIURIA ASINTOMÁTICA

Es la presencia de bacterias en la orina con más de 100000 colonias/ml en una sola muestra de chorro de la orina aparte la embarazada refiere ausencia de síntomas clínicos.

En general se admite que las tasas de bacteriuria asintomática (BA) durante el embarazo son similares a las de la población no gestante y se considera que la mayor parte de ellas son previas al embarazo. (16)

*Flujograma de diagnóstico y tratamiento de bacteriuria asintomática (BA) en embarazadas (Véase en anexo 7)

2.11.1.2 URETRITIS Y CISTITIS

Las infecciones de las vías urinarias bajas se caracterizan por un cuadro de polaquiuria, ardor miccional, tenesmo y síntomas pélvicos (dolor de la región vesical), generalmente a febril. El 90% de los casos de cistitis se limitan a la vejiga sin asociación con problemas renales.

El germen más frecuente hallado es la *Eschecherichia Coli* y el que lo sigue pero una baja porción es la *Chlamydia trachomatis*.

Se debe hacer diagnóstico diferencial con la uretritis causada por *Chlamydia* que se caracteriza por similar sintomatología pero con cultivo estéril de orina. Generalmente se acompaña de cervicitis mucopurulenta y responde de manera efectiva al tratamiento con eritromicina. (16)

2.11.1.3 PIELONEFRITIS

Es la infección bacteriana más común, se presentan en el 1 y 3 % de las embarazadas. Compromete el tracto urinario alto que pueden llevar a complicaciones perinatales y maternas como: parto pretérmino, bajo peso al nacer, anemia, insuficiencia renal temporal. (16)

2.11.1.4 CÁLCULOS RENALES

Es material sólido que se forma dentro del riñón a partir de sustancias que están en la orina. El cálculo se puede quedar en el riñón o puede desprenderse e ir bajando a través del tracto urinario. La intensidad de la sintomatología (dolor) está generalmente relacionada con el tamaño del cálculo. En ocasiones se produce su expulsión casi sin sintomatología. (16)

2.11.1.5 CÓLICO NEFRÍTICO

Es un intenso dolor en la zona de los riñones y de los órganos genitales, que en ocasiones va acompañado de pérdidas de sangre por la orina. Se debe a cálculos renales o precipitados de diversas sales, como fosfatos, uratos y oxalatos, que al ser expulsados del riñón por los uréteres y tener bordes angulosos produce los dolores anteriormente mencionados. (16)

2.11.2 CAMBIOS FISIOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO

Como lo hemos mencionado anteriormente, la mujer es más susceptible a sufrir IVU que los hombres, por ejemplo por el tamaño de su uretra, en el embarazo son más alto los niveles de sufrir IVU por los diversos cambios anatómicos y hormonales. Veamos los siguientes. (21)

- La dilatación bilateral, progresiva y frecuentemente asimétrica de los uréteres, que comienza hacia la 7 semana y progresa hasta el término. Tras el parto, se reduce con rapidez (un tercio a la semana, un tercio al mes y el tercio restante a los dos meses).
- La dilatación comienza en la pelvis renal y continua de forma progresiva por el uréter, es menor en el tercio inferior y puede albergar hasta 200 ml de orina, lo que facilita la persistencia de la IVU. Esta dilatación suele ser mayor en el lado derecho.
- Por otra parte, a medida que el útero aumenta su volumen comprime la vejiga y los uréteres. Esta compresión es mayor en el lado derecho debido al dextro-rotación habitual del útero a partir de la segunda mitad del embarazo. La compresión vesical favorece la aparición de residuo posmiccional.
- Ademas de estas razones anatómicas, la influencia hormonal también contribuye a estas modificaciones, tanto o más que las modificaciones mecánicas reseñadas. La progesterona disminuye el tono y la contractilidad de las fibras musculares lisas del uréter. Esto reduce el peristaltismo ureteral desde el segundo mes, observándose etapas de auténtica atonía hacia el séptimo y octavo mes, lo que favorece el estancamiento de la orina y el reflujo vesico-ureteral. (21)

Otros factores son:

- Aumento de la longitud renal en 1 cm.
- Cambio en la posición de la vejiga que se hace más abdominal que pélvica.

- Aumento de la capacidad vesical por descenso progresivo de su tono por factores hormonales. En el tercer trimestre puede llegar a albergar el doble de volumen, sin generar molestias en la gestante.
- Aumento del volumen circulante que implica un incremento del filtrado glomerular. El flujo urinario aumenta al principio del embarazo, pero a medida que progresa, la estasis urinaria es más frecuente, lo que favorece la bacteriuria.
- Alcalinización del pH de la orina. (21)

2.12 ETIOLOGÍA

En general los gérmenes causantes de infecciones del tracto urinario durante la gestación son los mismos que afectan fuera del embarazo:

- Bacilos gramnegativos: fundamentalmente *Escherichia coli* (85% de los casos). Otros bacilos gram negativos como *Klebsiella* spp, *Proteus mirabilis*, *Enterobacter* spp, *Serratia* spp y *Pseudomonas* spp. Son más frecuentes en las IVU complicadas y en pacientes hospitalizadas.
- Cocos grampositivos: *Streptococcus agalactiae*. (22)

2.13 PUNTOS CLAVE EN EL DIAGNÓSTICO DE IU EN EL EMBARAZO

- Un urocultivo al principio del embarazo es el procedimiento diagnóstico de elección de la bacteriuria asintomática. (5)
- La bacteriuria asintomática presenta cultivos con > 100.000 colonias de un solo microorganismo (casi siempre *Escherichia coli*). (5)
- La mayoría de los urocultivos mixtos se deben a contaminación o a mala conservación de las muestras.

- En muchas bacteriurias asintomáticas no aparece piuria.
- La persistencia de un urocultivo positivo después del tratamiento de la bacteriuria asintomática sugiere infección del parénquima renal.
- La cistitis bacteriana y la pielonefritis también presentan cultivos con > 100.000 colonias/ml.
- Síntomas miccionales con cultivo negativo y leucocituria sugieren la existencia de un síndrome uretral.
- En la pielonefritis aparece sintomatología general y en la orina piuria y en ocasiones cilindros leucocitarios. (5)

3.1 METODOLOGÍA

3.1.1 LOCALIZACIÓN

El Estudio investigativo se realizó en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Prócel ubicada en el Guasmo Sur en la Coop. Causa Proletaria en la ciudad de Guayaquil Provincia del Guayas, donde este lugar de atención médica es categorizado como un Hospital de TERCER NIVEL para atención a pacientes. En las aéreas de Gineco-Obstetricia, Pediatría y Medicina Interna.

3.1.2 TEMPORALIZACIÓN

La recolección de datos investigativos fue realizado en un periodo comprendido de 12 meses desde mayo del 2014 a mayo del 2015.

3.1.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN

- Prospectivo
- Observacional – transversal: porque permite hacer un abordaje del problema de estudio en un periodo de tiempo determinado.

3.1.4 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio de tipo e investigación de campo por que se ejecutó el mismo lugar de los hechos y en forma directa con los involucrado además en forma presente y pasado en base a la recolección y tabulación de datos existentes para generalización de los resultados, se los interpretó racionalmente para llegar a conocer lo que ocurrió, con la ayuda de las encuestas y se utilizó la información estadísticas basándose en los archivos y documentos del sistema de información desde mayo del 2014 a mayo del 2015 en la Maternidad del Guasmo Dra. Matilde Hidalgo de Prócel.

3.2 MATERIALES

RECURSO HUMANO

- Autor
- Tutor
- Pacientes embarazadas adolescentes

3.3 UNIVERSO Y MUESTRA

3.3.1 UNIVERSO

El Universo para la siguiente investigación está constituido por 100 mujeres que acudieron al área de Gineco-Obstetricia con incidencia de Amenaza de Parto Pretérmino con diagnóstico de infección de vías urinarias a las distintas aéreas de Emergencia, Hospitalización y Consulta Externa y Estadística en el Hospital Materno Infantil en el periodo de mayo del 2014 a mayo del 2015.

3.3.2 MUESTRA

La muestra de la investigación fue realizada con 100 pacientes que acudieron con incidencia de Amenaza de Parto Pretérmino en semanas comprendidas de 22 a 36 semanas en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Prócel.

Dado que la población de que se dispone es considerable, por lo tanto se tomará el criterio de Méndez que indica que cuando el tamaño de la población es considerable se trabaja con una **muestra**.

A. Tamaño de muestra.- Se determinó en base a la fórmula y la aplicación y es la siguiente:

$$M = \frac{N}{(N - 1)E^2 + 1}$$

M = Tamaño de la Muestra

N = Tamaño del Universo

E = Error estándar admisible = 0.05

$$M = \frac{100}{(100 - 1)0.05 + 1}$$

$$M = 100 / 5.95$$

$$M = 16.80$$

Considerando que la muestra no es representativa tomaremos como número de estudio 80 casos de pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión antes propuestos.

3.4 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Previo autorización del Gerente de la Maternidad Dra. Matilde Hidalgo de Prócel, se realizó en el departamento de estadística, la recopilación de datos, sobre las pacientes ingresadas en el servicio de Ginecología durante el período de estudio establecido por las autoridades de la Escuela de Obstetricia.

No tomando en cuenta aquellas historias clínicas con información incompleta. La información fue obtenida en estos departamentos y mediante encuestas realizadas en las siguientes áreas:

- En estadística
- Emergencia
- En consulta externa
- Hospitalización

Dado un total de 100 pacientes, las cuales se seleccionan 88 pacientes.

3.5 MÉTODO EMPLEADO EN LA INVESTIGACIÓN

- Historias clínicas proporcionadas por el departamento de estadística.
- Datos obtenidos del parte diario a pacientes que acudían a la emergencia obstétrica.
- Encuestas en área de consulta externa y hospitalización.

3.6 OPERACIÓN DE LAS VARIABLES

3.6.1 VARIABLES DEL ESTUDIO

Variables	Definición	Escala
1. Edad gestacional	Semana de gestación que cursa la mujer en estudio	27 a 29 30 a 33 34 a 36
2. Edad materna	Edad en años que tiene la mujer en el momento de estudio	10 a 13 años 14 a 16 años 17 a 19 años
3. Nivel escolar	Nivel de preparación académica que cursa o alcanzo la gestante	Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta
4. Procedencia	Condición del lugar donde habita la gestante	Urbana Rural
5. Estado civil	Situación legal de la gestante en el momento del estudio	Soltera Unión libre casada
6. Ocupación	Actividad a la que se dedica la gestante en el momento del estudio	Ama de casa Estudia

ANTECEDENTES GÌNECO – OBSTÉTRICO

7. Gestas previas	Embarazos anteriores	Primigesta Secundigesta múltipara
8. Finalización de embarazo	En que concluyo su embarazo	Parto Aborto Cesárea
9. Controles prenatales	Seguimiento ante parto de la gestante	Menos de 5 Más de 5

DIAGNÓSTICO DE LA I.V.U

10. Higiene íntima	Aseo de los genitales	Si No A veces
11. Relaciones sexuales	Relación coital con su pareja	1 vez 2 veces Más 3 veces
12. Retención de micción	Retener ganas de orinar	Si No
13. Se realizó exámenes de laboratorio	Análisis de F.Q.S. y Cultivo de Orina	Historia clínica Resultados generales
14. Antecedentes de I.V.U	Enfermedad que reincide en la paciente	Si No
15. Agente Etiológico causal de la IVU	Causantes de Infección de vías Urinarias	<u>Historia Clínica</u> E. coli Proteus klebsiella
16. Recibió tratamiento	Para aliviar su afección o síntoma	Si No
17. Toma de medicación	Para aliviar la enfermedad	A tiempo A cualquier hora
18. Qué tipo de tratamiento recibió	Antibiótico y tocolíticos	Historia clínica

FUENTE: Encuestas e historias clínicas

3.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN / EXCLUSIÓN

3.7.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todas las pacientes con edades de 10 a 19 años con diagnóstico de Amenaza de Parto Pretérmino por infección de vías urinarias ingresadas en el Hospital Gineco - Obstétrico Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Prócel en la ciudad de Guayaquil en el periodo de estudio establecido.

3.7.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Todas las embarazadas con diagnóstico de Amenaza de parto pretérmino con infección de vías Urinarias que no tengan las edades referidas.

Historias Clínicas incompletas.

3.8 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

ASPECTO HUMANO (Basado en las Normas del Buen Vivir)

El aspecto humano incluye a la calidad de vida y alude directamente al Buen Vivir en todas las facetas de las personas, pues se vincula con la creación de condiciones para satisfacer sus necesidades materiales, psicológicas, sociales y ecológicas.

Este concepto integra variables asociadas con el bienestar, la felicidad y la satisfacción individual y colectiva, que dependen de relaciones sociales y económicas solidarias, sustentables y respetuosas de los derechos de las personas y de la naturaleza, en el contexto

de las culturas y de los sistema de valores en que dichas personas viven, y en relación con sus expectativas, normas y demandas. Este objetivo propone acciones públicas, con un enfoque intersectorial y de derechos, que se concretan a través de sistemas de protección y prestación de servicios integrales e integrados.

En estos sistemas, los aspectos sociales, económicos, ambientales y culturales se articulan con énfasis en los grupos de atención prioritaria que viven sobre el territorio ecuatoriano.

3.9 ASPECTO LEGAL

Constitución (2008)

Art. 26.- La Educación es derecho de las personas a lo largo de su vida, un deber ineludible e inexcusable del Estado.

La educación responderá al interés público y no estará al servicio de intereses individuales y corporativos. Se garantizará el acceso universal, permanencia, movilidad y egreso sin discriminación alguna y la obligatoriedad en el nivel inicial, básico y bachillerato o su equivalente.

Art.32.-Es derecho de toda persona y comunidad interactuar entre culturas y participar en una sociedad que aprende. El Estado promoverá el diálogo intercultural en sus múltiples dimensiones.

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.

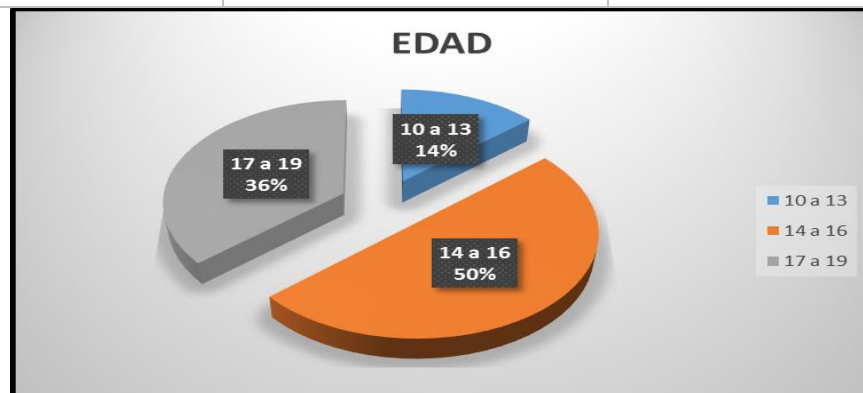
4 RESULTADOS

4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS POR MEDIO DE CUADROS ESTADÍSTICOS

CUADRO # 1

RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CASOS DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO CAUSADO POR INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS SEGÚN LA EDAD EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DRA. MATILDE HIDALGO DE PRÓCEL.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
10 a 13	12	13.63%
14 a 16	44	50%
17 a 19	32	36.36%
TOTAL	88	100%



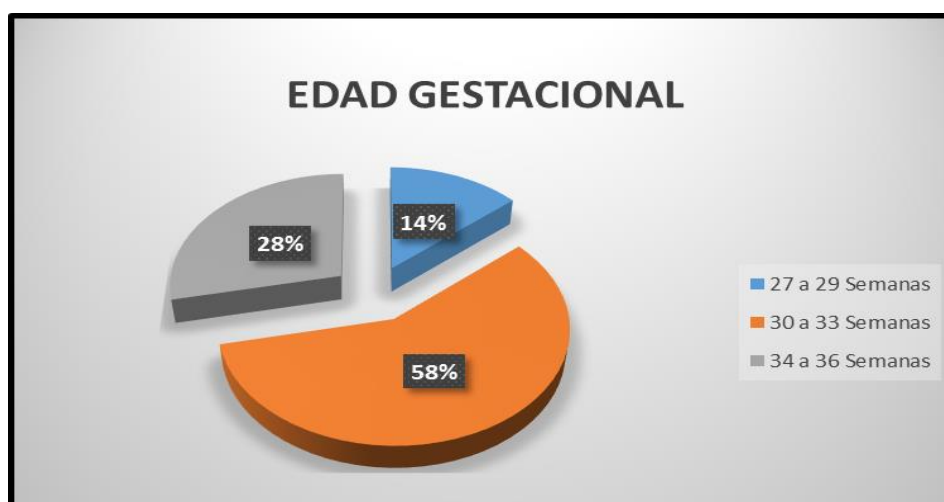
INTERPRETACIÓN Y ANALISIS: Es éste gráfico observamos claramente el mayor porcentaje corresponde a las adolescentes con un 50% correspondiente a la edad de 14 a 16 años seguida de las de 36% por la edad de 17 a 19 años y el porcentaje menor de 10 a 13 años con un 14%; en primer lugar de preocupación está presente en las gestantes de 14 a 16 años mientras que en adolescentes de 10 a 13 años es el menor porcentaje.

Datos recogidos de las historias clínicas

CUADRO # 2

RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CASOS DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO CAUSADO POR INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DRA. MATILDE HIDALGO DE PRÓCEL.

EDAD GESTACIONAL	FRECEUNCIA	PORCENTAJE
27 a 29	12	13.63%
30 a 33	51	57.95%
34 a 36	25	28.40%
TOTAL	88	100%



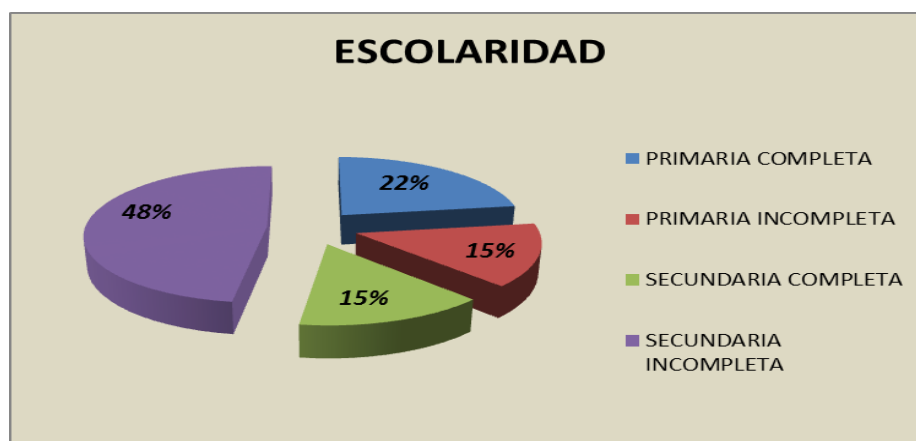
INTERPRETACIÓN Y ANALISIS: En éste gráfico el primer lugar lo ocupa las semanas 30 a 33 con el 58% seguida del 28% a las semanas 34 a 36 y con un menor porcentaje las semanas 27 a 29 con el 14% de probabilidad de adquirir la amenaza.

Datos recogidos de las historias clínicas

CUADRO # 3

RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CASOS DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO CAUSADO POR INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS SEGÚN NIVEL ESCOLAR EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DRA. MATILDE HIDALGO DE PRÓCEL.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA COMPLETA	20	22,73%
PRIMARIA INCOMPLETA	13	14,77%
SECUNDARIA COMPLETA	13	14,77%
SECUNDARIA INCOMPLETA	42	47,73%
TOTAL	88	100,00%



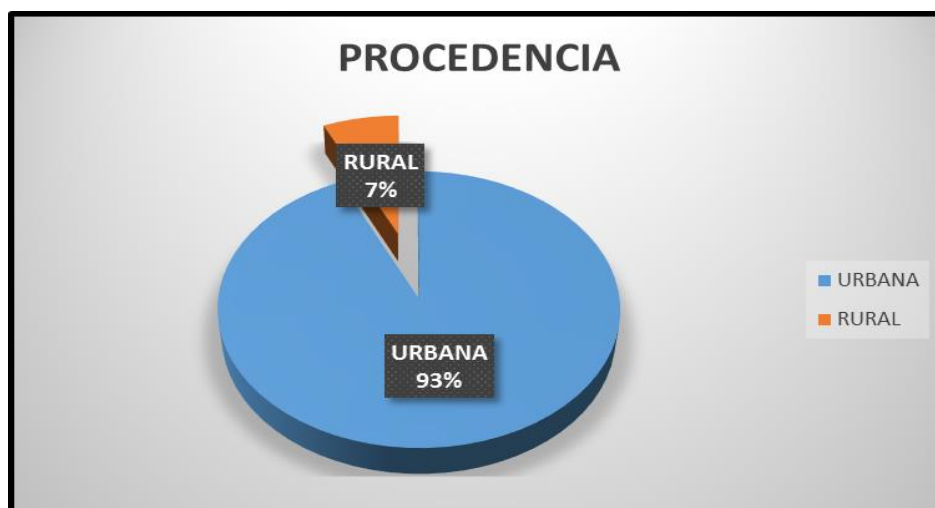
INTERPRETACIÓN Y ANALISIS: En éste gráfico podemos apreciar el 48% de gestantes que no terminaron la secundaria observamos un alto porcentaje, seguida de 22% las que obtuvieron su primaria completa, luego se suma la primaria incompleta con un 15% seguido con el mismo porcentaje de la secundaria incompleta con un 15%.

Datos recogidos de las historias clínicas

CUADRO # 4

RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CASOS DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO CAUSADO POR INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS SEGÚN SU PROCEDENCIA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DRA. MATILDE HIDALGO DE PRÓCEL.

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
URBANA	82	93%
RURAL	6	7%
TOTAL	88	100%



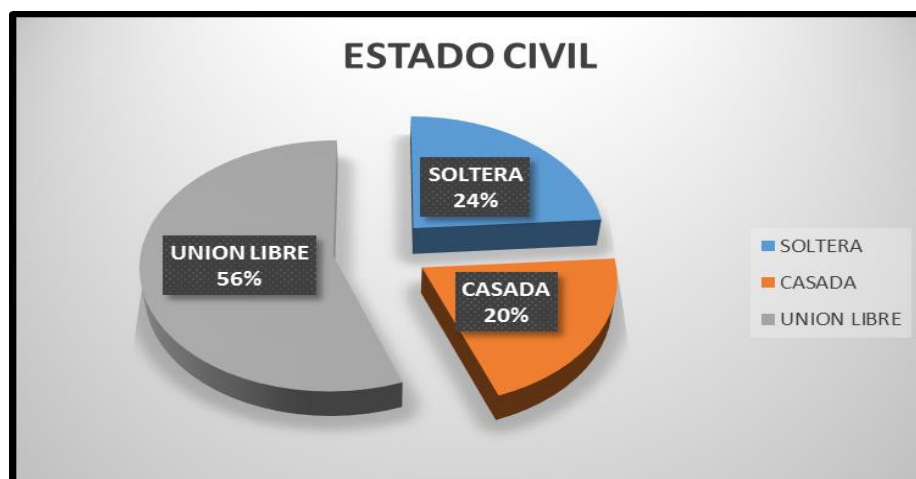
INTERPRETACIÓN Y ANALISIS: La procedencia de las pacientes corresponde al 93% a la zona Urbana siendo así que la mayor afluencia de pacientes a la unidad médica es de nuestra ciudad y el 7% menor proporción a la zona rural.

Datos recogidos de las historias clínicas

CUADRO # 5

RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CASOS DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO CAUSADO POR INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS SEGÚN SU ESTADO CIVIL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DRA. MATILDE HIDALGO DE PRÓCEL.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	21	24%
CASADA	18	20%
UNION LIBRE	49	56%
TOTAL	88	100%



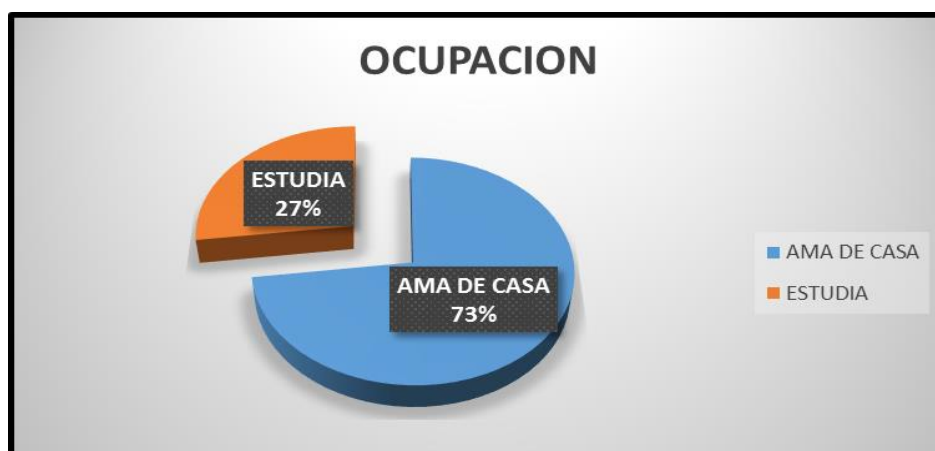
INTERPRETACIÓN Y ANALISIS: En éste gráfico el mayor porcentaje está representado en adolescentes con 56% de Unión Libre, mientras que el segundo lugar lo obtuvieron las adolescentes solteras con un 24% y para finalizar y con el menor porcentaje las adolescentes casadas con un 20%.

Datos recogidos de las historias clínicas

CUADRO # 6

RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CASOS DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO CAUSADO POR INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS SEGÚN SU OCUPACION EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DRA. MATILDE HIDALGO DE PRÓCEL.

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AMA DE CASA	62	73%
ESTUDIA	23	27%
TOTAL	88	100%



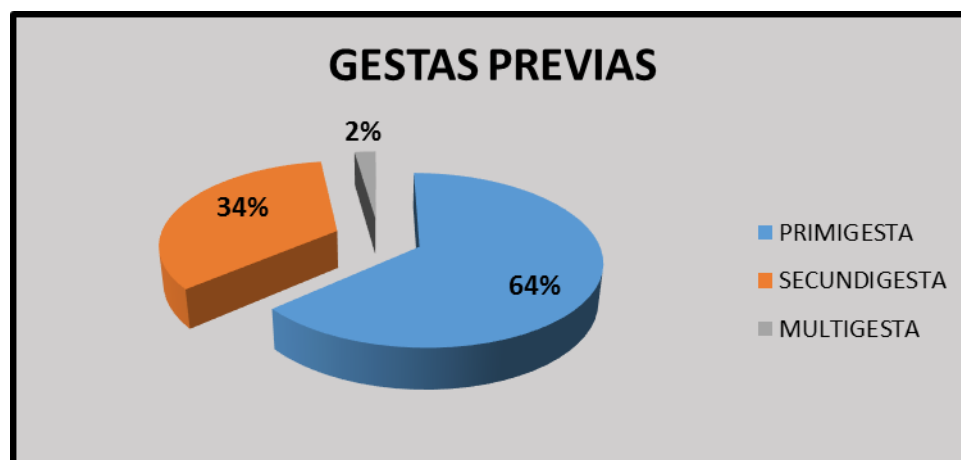
INTERPRETACIÓN Y ANALISIS: Este gráfico representa que en un alto porcentaje las adolescentes en estudio son amas de casa con un 73 %, mientras que el 27% estudia.

Datos recogidos de las historias clínicas

CUADRO # 7

RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CASOS DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO CAUSADO POR INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS SEGÚN GESTAS PREVIAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DRA. MATILDE HIDALGO DE PRÓCEL.

GESTAS PREVIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMIGESTA	56	64%
SECUNDIGESTA	30	34%
MULTIGESTA	2	2%
TOTAL	88	100%



INTERPRETACIÓN Y ANALISIS: De las gestantes en estudio el gráfico representa con claridad el 64% de mayor porcentaje son Primigestas, mientras que el 34% son Secundigesta y en un tercer lugar de porcentaje y en un menor porcentaje las multigestas con un 2%.

Datos recogidos de las historias clínicas

CUADRO # 8

RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CASOS DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO CAUSADO POR INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS SEGÚN LA FINALIZACION DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DRA. MATILDE HIDALGO DE PRÓCEL.

FINALIZACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PARTO	12	38%
ABORTO	8	25%
CESAREA	12	37%
TOTAL	88	100%



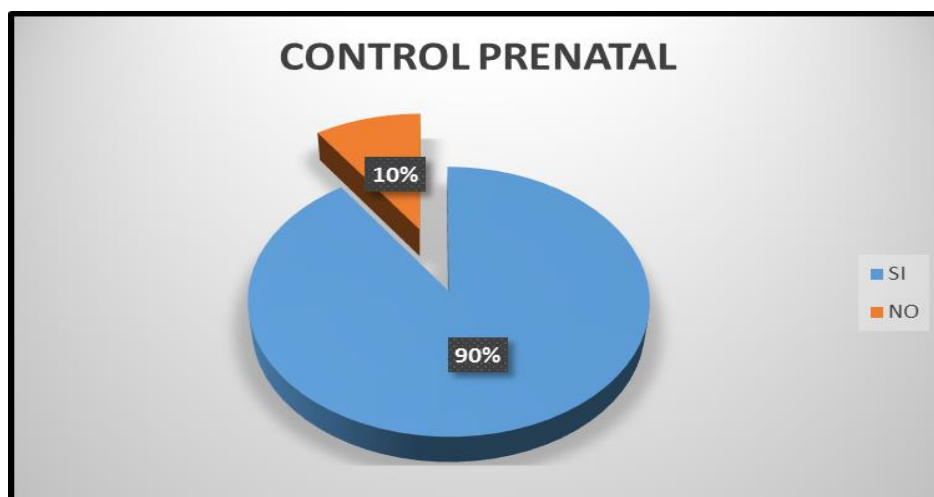
INTERPRETACIÓN Y ANALISIS: Las cesáreas tiene un mayor porcentaje en finalización del embarazo en adolescentes en un 38%, seguido con un 37% como apreciamos en el gráfico terminan en parto, aunque no es mucha la diferencia, luego vemos que los abortos se presentan en un 25% de los casos.

Datos recogidos de las historias clínicas

CUADRO # 9

RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CASOS DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO CAUSADO POR INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS SEGÚN SEGUIMIENTO DE EMARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DRA. MATILDE HIDALGO DE PRÓCEL.

CONTROL PRENATAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	85	90%
NO	9	10%
TOTAL	88	100%



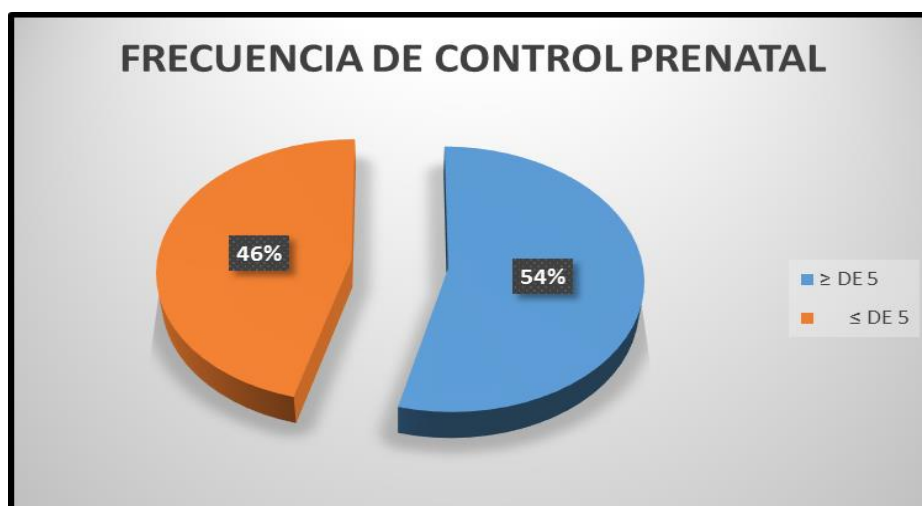
INTERPRETACIÓN Y ANALISIS: Este gráfico observamos claramente que en un 90% si existe una motivación y preocupación por parte de las adolescentes a controlar su embarazo por medio de controles prenatales, mientras que un 10% de ellas no lo realizan por diferentes motivos sus debidos controles.

Datos recogidos de las historias clínicas

CUADRO # 10

RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CASOS DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO CAUSADO POR INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS SEGÚN LA FRECUENCIA DE CONTROLES PRENATALES EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DRA. MATILDE HIDALGO DE PRÓCEL.

CONTROL PRENATAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
≥ DE 5	46	54%
≤ DE 5	39	46%
TOTAL	88	100%



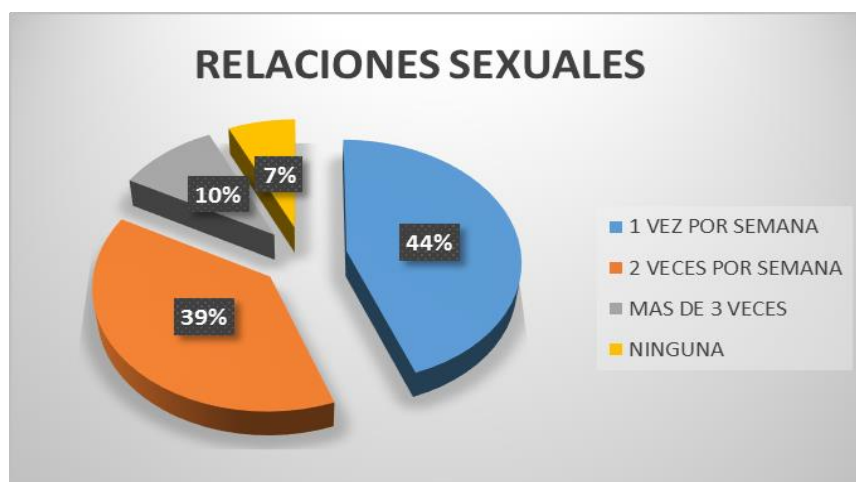
INTERPRETACIÓN Y ANALISIS: Este gráfico representa que las adolescentes en estudio en un 54% si han asistido más de 5 veces a sus controles y el 46% asistió hasta el momento del estudio menos de 5 veces.

Datos recogidos de las historias clínicas

CUADRO # 11

RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CASOS DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO CAUSADO POR INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS SEGÚN LA FRECUENCIA DE LAS RELACIONES SEXUALES EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DRA. MATILDE HIDALGO DE PRÓCEL.

RELACIONES SEXUALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 VEZ POR SEMANA	39	44%
2 VECES POR SEMANA	34	39%
MAS DE 3 VECES	9	10%
NINGUNA	6	7%
TOTAL	88	100%



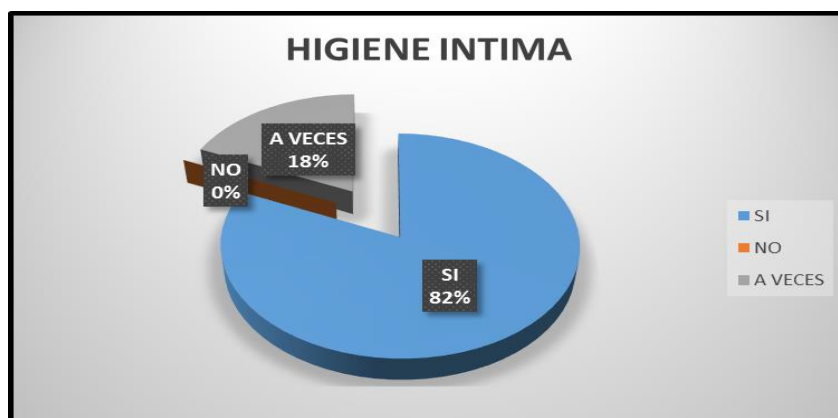
INTERPRETACION Y ANALISIS: En éste gráfico observamos que el porcentaje mayor lo tuvo 1 vez por semana con el 44%, seguido de 2 veces con el 39%, mientras que más de 3 veces obtuvo un porcentaje de un 10% y en menor cantidad fue ninguna relación sexual durante su embarazo con el 7%.

Datos recogidos de las historias clínicas

CUADRO # 12

RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CASOS DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO CAUSADO POR INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS SEGÚN LA FRECUENCIA DE HIGIENE INTIMA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DRA. MATILDE HIDALGO DE PRÓCEL.

HIGIENE INTIMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	72	82%
NO	0	0%
A VECES	16	18%
TOTAL	88	100



INTERPRETACIÓN Y ANALISIS: En éste gráfico observamos que en una gran mayoría las mujeres en estudio asean una vez al día sus partes íntimas con un 82%, seguida del 18% por mujeres lo a veces en el día y las ninguna vez lo hacen están en tercer puesto con un 0%.

Datos recogidos de las historias clínicas

CUADRO # 13

RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CASOS DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO CAUSADO POR INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS SEGÚN LA ABSTINENCIA DE ORINA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DRA. MATILDE HIDALGO DE PRÓCEL.

ABSTINENCIA DE ORINA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	72	82%
NO	16	18%
TOTAL	88	100%



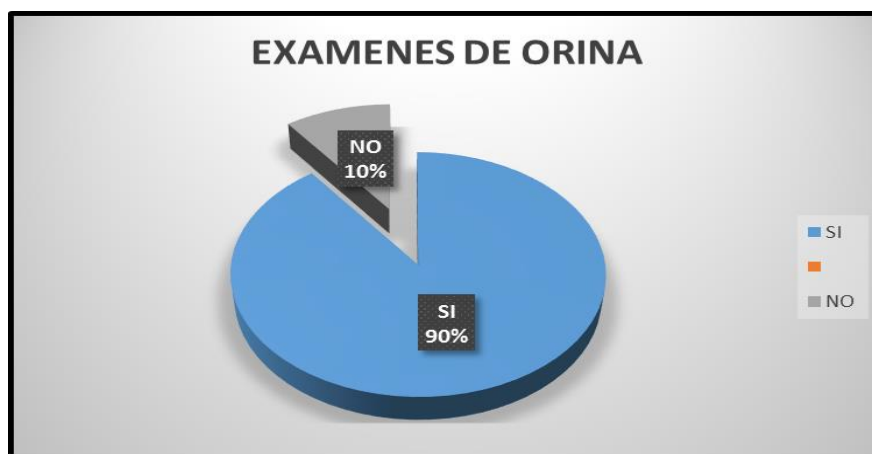
INTERPRETACION Y ANALISIS: En éste gráfico podemos ver como en su mayoría las pacientes si retienen las ganas de miccionar representada con el 82%, en un segundo lugar fueron pocas las gestantes que no retuvieron la orina 18%, siendo esto un factor desencadenante para adquirir infección de vías urinarias.

Datos recogidos de las historias clínicas

CUADRO # 14

RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CASOS DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO CAUSADO POR INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS SEGÚN LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES DE ORINA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DRA. MATILDE HIDALGO DE PRÓCEL.

REALIZACIÓN DE EXÁMENES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	77	90%
NO	9	10%
TOTAL	88	100%



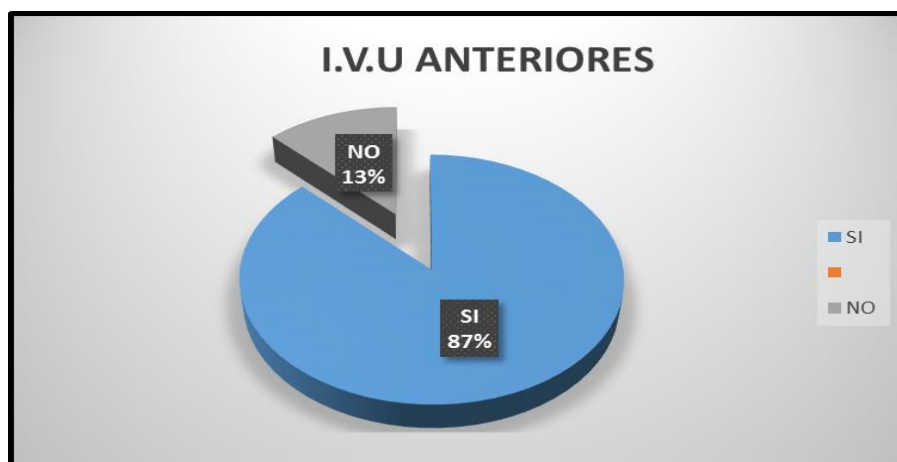
INTERPRETACION Y ANALISIS: En éste gráfico podemos ver como en su mayoría las pacientes adolescentes si se han realizado examen de orina en su embarazo representada con el 90%, en un segundo lugar fueron pocas las gestantes que no se realizaron dicho examen con un 10%.

Datos recogidos de las historias clínicas

CUADRO # 15

RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CASOS DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO CAUSADO POR INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS SEGÚN ANTECEDENTES DE IVU EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DRA. MATILDE HIDALGO DE PRÓCEL.

IVU ANTERIORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	77	87%
NO	9	3%
TOTAL	88	100%



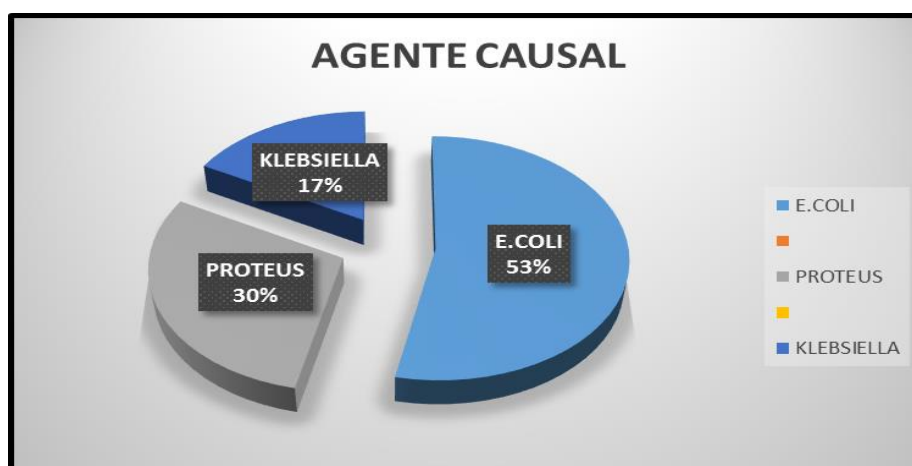
INTERPRETACION Y ANALISIS: En éste gráfico podemos apreciar claramente que en la mayoría de las pacientes ha habido una prevalencia de infección vías urinarias en un 87% y en menor cantidad no ha tenido una reincidencia en una 13%.

Datos recogidos de las historias clínicas

CUADRO # 16

RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CASOS DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO CAUSADO POR INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS SEGÚN EL AGENTE CAUSAL MAS COMUN EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DRA. MATILDE HIDALGO DE PRÓCEL.

AGENTE CAUSAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
E. COLI	47	53%
PROTEUS	26	30%
KLEBSIELLA	15	17%
TOTAL	88	100%



INTERPRETACIÓN Y ANALISIS: Podemos observar que la E. Coli ocupa el primer lugar en ser el agente etiológico causal de las infecciones de vías urinarias con una 53% seguido de Proteus 30% y finalizando con Klebsiella con un 17%.

Datos recogidos de las historias clínicas

CUADRO # 17

RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CASOS DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO CAUSADO POR INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS SEGÚN TRATAMIENTO RECIBIDO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DRA. MATILDE HIDALGO DE PRÓCEL.

TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	77	87%
NO	9	13%
TOTAL	88	100%



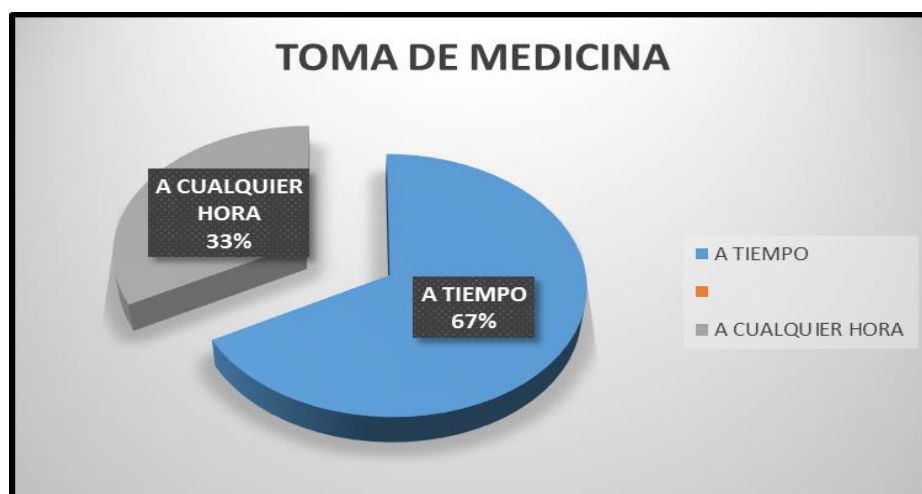
INTERPRETACIÓN Y ANALISIS: El gráfico manifiesta que la mayoría de las pacientes si recibieron tratamiento para la infección de las vías urinarias representado en un 87% y en menor porcentaje no lo recibieron 13%.

Datos recogidos de las historias clínicas

CUADRO # 18

RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CASOS DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO CAUSADO POR INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS SEGÚN TOMA DE MEDICAMENTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DRA. MATILDE HIDALGO DE PRÓCEL.

TOMA DE MEDICINA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A TIEMPO	55	67%
A CUALQUIER HORA	27	33%
TOTAL	88	100%



INTERPRETACIÓN Y ANALISIS: Este gráfico representa que la mayor parte de las pacientes toma a tiempo la medicación prescrita representada en un 67% seguida del 33% el cual la toma a cualquier hora.

Datos recogidos de las historias clínicas

CONCLUSIÓN

La presente investigación demostró la hipótesis: La infección de vías urinarias es la etiología más frecuente de la amenaza de parto pretérmino en gestantes adolescentes que acuden al Hospital Materno Infantil “Matilde Hidalgo de Prócel”.

Fueron seleccionadas para el estudio a 88 pacientes siendo esta la muestra con una marcada infección de las vías urinarias indicando ésta cifra un importante número con esta infección posiblemente por estar en su segundo y entrando a su tercer trimestre de gestación.

- Las edades comprendidas entre 14 y 16 años se presentaron en un 50%. Son más vulnerables en adquirir infección de vías urinarias y desencadenar con esto incidencia de amenaza de parto pretérmino.
- La edad gestacional que se presenta con mayor frecuencia es de 30 a 33 semana, un 57,95% las que están ante una amenaza de parto pretérmino.
- Pudimos verificar que las adolescentes Primigestas con un 64% están propensas a contraer la infección.
- Observamos que el 90% si asistieron a sus controles prenatales. Mientras que el 10% no mantienen dicho seguimiento.
- El agente etiológico causante de la infección es la E. Coli con un 53%

Las gestantes adolescentes demostraron una buena acción a los diferentes hábitos de higiene, la forma correcta de asear sus genitales y que a pesar de que ya han tenido I.V.U pasadas supieron mostrar preocupación por la misma y seguir el respectivo tratamiento para combatir dicha patología presente en ellas.

Se pudo observar que la falta de control prenatal conlleva a una Amenaza de parto pretérmino y más aún la presencia de Infección de vías urinarias recurrentes.

Hemos conocido a fondo la problemática de las pacientes con incidencia de Amenaza de parto pretérmino causado por Infección de vías urinarias, en el período de mayo del 2014 a febrero del 2015.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

Como se evidenció que el microorganismo más común es la E. Coli posteriormente se redacta diferentes recomendaciones:

CONSEJOS AYUDAR A PREVENIR LA INFECCION DE VIAS URINARIAS:

- Beber de 6 a 8 vasos de agua diariamente.
- Eliminar las comidas refinadas, la cafeína, el alcohol y el azúcar.
- Tomar vitamina C (recomendación médica de toma uso y frecuencia)
- Desarrollar el hábito de orinar en el momento en el que tienes el deseo de orinar y vacía completamente tu vejiga.
- Orinar antes y después de las relaciones sexuales
- Después de orinar secarse sin friccionar y mantén el área genital limpia.
- Evite usar jabones fuertes, en sus partes íntimas.
- Debe limpiarse correctamente la parte íntima ósea de adelante hacia atrás.

PROPUESTA

Realización de seminarios y talleres audio-visuales dinámicos, campañas, que ayuden a prevenir las Infecciones de vías urinarias en el hospital materno infantil Dra. Matilde Hidalgo de Prócel.

Impartir charlas educativas con el fin de concientizar a las usuarias y lograr la asistencia al control prenatal para la detección oportuna de cualquier patología a presentarse. La colocación de banner en la cual explique los diferentes signos y síntomas ante una amenaza de parto pretermino o una infección de vías urinarias.

Entrega de trípticos para educar a las usuarias adolescentes de los diferentes síntomas ante una infección de vis urinarias y que deben realizar para evitar esta patología, por otro punto recalcando que debe asistir al médico.

Ir a diferentes centros educativos realizando diferentes charlas sobre la sexualidad, el uso de anticonceptivos, la importancia de la planificación familiar para poder concientizar a los adolescentes y así poder reducir el índice de embarazo en la adolescencia.

*Véase en anexo 15

JUSTIFICACIÓN

La investigación se justifica con el fin de fomentar e incentivar a las usuarias del departamento médico de Gineco-Obstetricia, del hospital materno infantil Dra. Matilde Hidalgo de Prócel, a la asistencia de los controles prenatales, debido a que se detectó un alto número de pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretermino + infección de vías urinarias.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Reducir el porcentaje de incidencia de amenaza de parto pretermino y consecuencia de pacientes adolescentes embarazadas por presentar infección de vías urinarias.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar qué edad en la adolescencia se presenta con mayor índice casos de amenaza de parto pretermino por infección de vías urinarias.
- Identificar en que semana de gestación presenta mayor índice los casos de amenaza de parto pretermino por infección de vías urinarias.
- Verificar cual es la procedencia de las diferentes usuarias que asisten al hospital materno-infantil Dra. Matilde Hidalgo de Prócel.
- Determinar si existen infección de vías urinarias recurrentes en dichas pacientes.

BENEFICIARIOS

- Madre y Feto
- Los familiares
- La salud publica
- Ahorro de económico.

IMPACTO SOCIAL Y COMENTARIOS

Después de haber trabajado en la importancia de los controles y las complicaciones que generaría su inasistencia con ayuda de recursos didácticos, el impacto social será gratificante ya que habrá una disminución en los porcentajes en las incidencias de Amenaza de Parto Pretérmino por infecciones de vías urinarias.

Aunque el Ecuador es uno de los 10 países con menor porcentaje según la OMS en cuanto a Parto Pretérmino, podemos disminuir aún más esas cifras. Lo que disminuiría la demanda hospitalaria y por ende bajarían los ingresos y egresos de los mismos por esta causa.

RECURSOS EMPLEADOS - COSTO

Económico.- para la inversión de materiales didácticos visuales como folletos o tríptico retroproyectores donde van plasmados los consejos que deben seguir las mujeres para evitar que la infección de vías urinarias se propague.

Humano.- profesional capacitado para que ayude a la elaboración de charlas y folletos con lenguaje simple y llegar a la gestante.

Recurso didáctico.-de materiales de simple audio y visuales como:

- Folletos
- Tríptico
- Retroproyectores
- Gigantografías.

RECURSO MATERIAL	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	TOTAL
FOLLETOS	1000	25 ctv	250 \$
RETROPROYECTORES	3	120 \$	240 \$
TRIPTICOS	1000	25 ctv	250 \$
ENCUESTAS	100	15 ctv	15 \$
<u>TOTAL</u>			<u>895 \$</u>

Anexos

Anexo 1: ABREVIATURAS

APP	Amenaza de parto pretérmino
DBP	Diámetro bi parietal
DU	Dinamia uterina
ENDEMAIN	Encuesta demográfica y de salud materna e infantil
F.C.F	Frecuencia cardiaca fetal
ILA	Índice de líquido amniótico
ITS	Infección de transmisión sexual
IU	Infección urinaria
IVU	Infección de vías urinarias
LC	Longitud cervical
LF	Longitud femoral
MSP	Ministerio de salud publica
OMS	Organización mundial de la salud
RPM	Rotura prematura de membranas
SEGO	Sociedad española de ginecología y obstetricia

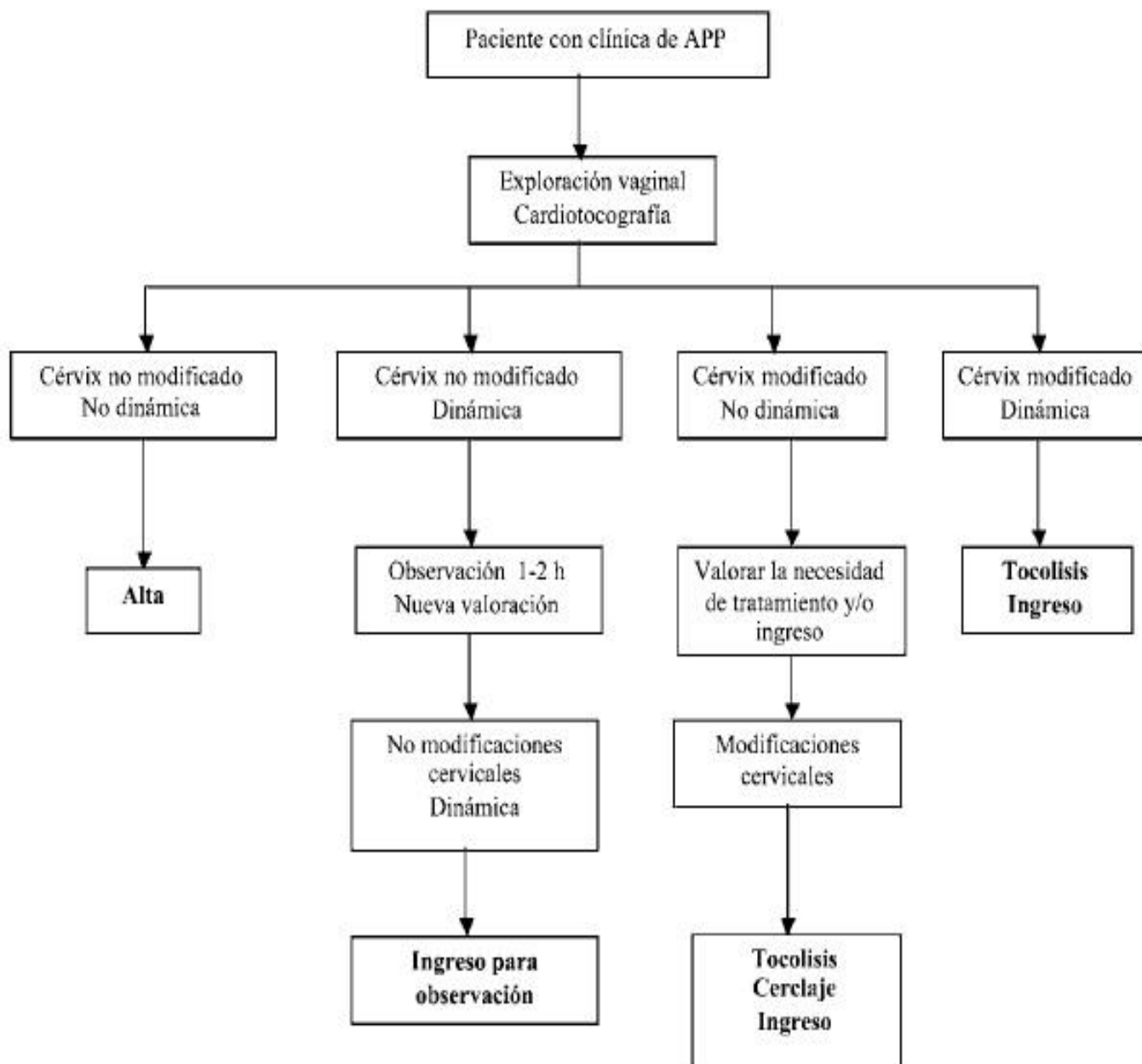
Anexo 2: GLOSARIO DE TERMINOS

A febril	Que no tiene fiebre
Antibiótico	Sustancia química que producen ciertos hongos y que destruye microorganismos, especialmente las bacterias.
Bacteriuria	Presencia de bacterias en la orina demostrado por cultivo.
Betametasona	Es un potente esteroide, del grupo de los glucocorticoides que se utiliza en medicina por sus propiedades inmunosupresoras y antiinflamatorias.
Cerclaje	O también llamado traqueloplastia, esto es conocido como punto de sutura cervical, es usado para el tratamiento de la incompetencia istmicocervical, la cual es una condición donde el cuello uterino está ligeramente abierto (dilatado).
Corticoides	Hormonas producidas por las glándulas suprarrenales, situadas encima de los riñones, precisamente en la corteza suprarrenal, también son sintetizadas en laboratorios.
Dexametasona	Es una hormona de síntesis que actúa como antiinflamatorio e inmunosupresor.
Escherichia coli	Es una bacteria habitual en el intestino del ser humano y de otros animales de sangre caliente.
Fibronectina	Es una glicoproteína presente en la matriz extracelular (MEC) de la mayoría de los tejidos celulares animales compuesta por dos subunidades muy largas unidas por puentes disulfuro situados cerca del extremo carboxilo.
Gestante	Se aplica especialmente al tiempo que dura el embarazo y, por extensión la mujer embarazada
hematuria	Presencia de sangre en orina, puede ser visible o no a simple vista (hematuria macroscópica o microscópica).
Klebsiella	Es una especie de bacteria cuya variedad más conocida es la Klebsiella pneumoniae. La Klebsiella está presente de forma natural en algunos órganos como el tubo digestivo o los pulmones, pero su acción está bien controlada por el organismo, por lo que hay ausencia de infección.

Morbimortalidad	El concepto de morbilidad es un concepto complejo que proviene de la ciencia médica y que combina dos subconceptos como la morbilidad y la mortalidad.
Pielonefritis	Enfermedad de las vías urinarias que ha alcanzado la pelvis renal. Randomización: o aleatorización, es un procedimiento para la asignación, en los ensayos clínicos, de unidades de tratamiento a tratamientos alternativos. Consiste en asignar aleatoriamente a los participantes en un ensayo a dos o más grupos de tratamiento.
Polaquiuria	Suceso que ocurre antes del tiempo que se considera habitual o necesario.
Prematuro	En medicina, también denominado cribado o tamizaje, es un anglicismo utilizado para indicar una estrategia aplicada sobre una población para detectar una enfermedad en individuos sin signos o síntomas de esa enfermedad.
Screening	Contracción violenta y dolorosa que sufre un órgano, especialmente el recto y la vejiga urinaria, para expulsar o expeler alguna cosa; se acompaña de la sensación de vaciado incompleto.
Sepsis	Es un término que proviene de un vocablo griego que significa “putrefacción”. El concepto se utiliza como sinónimo de septicemia, que es la afección generalizada que se produce por la presencia de microorganismos patógenos o de sus toxinas en la sangre.
Tenesmo	Aumento en el número de veces de micciones con escasa cantidad

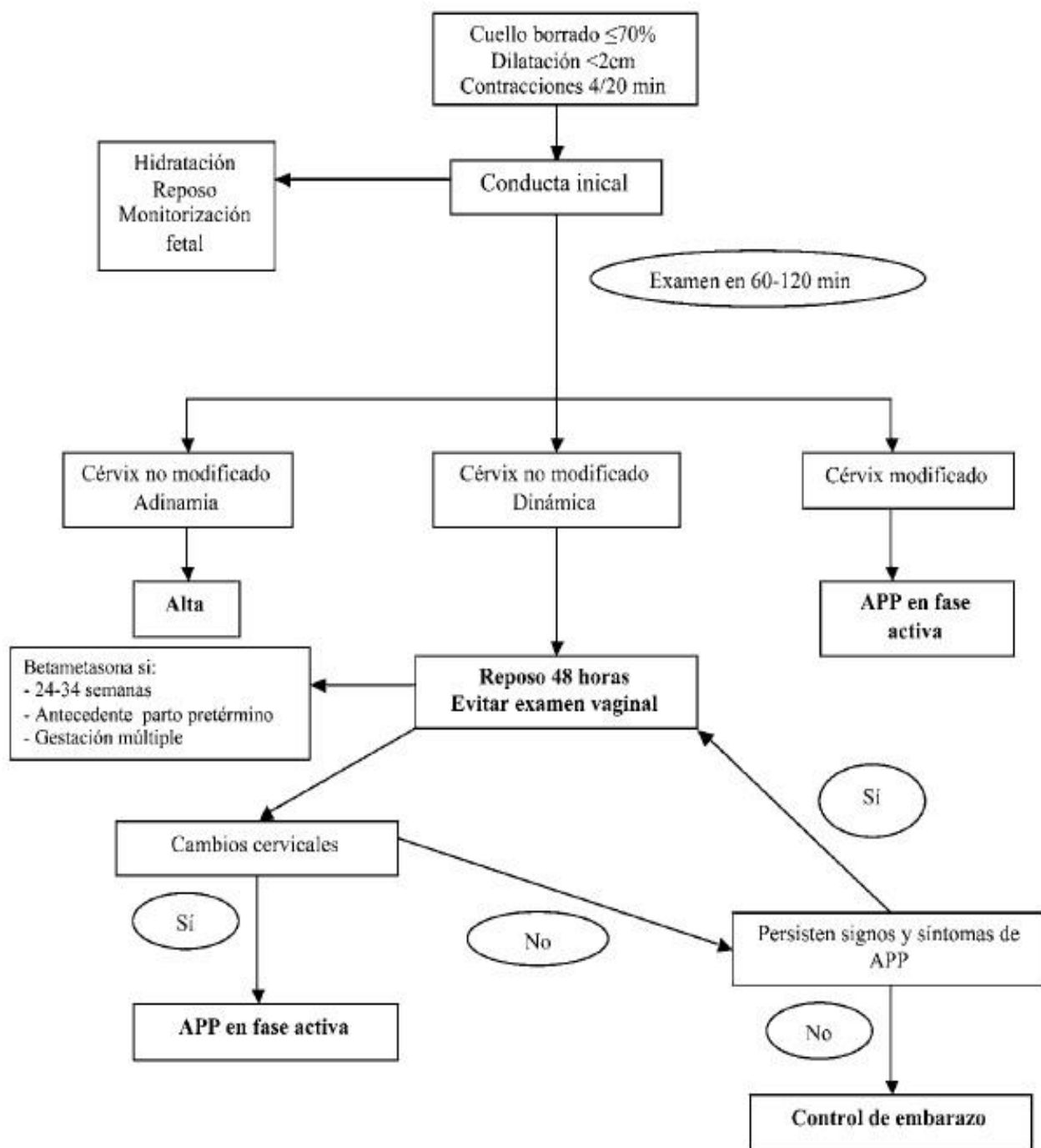
Anexo 3: Esquema de conducta antes una gestante con clínica de APP

(Tabla 1)



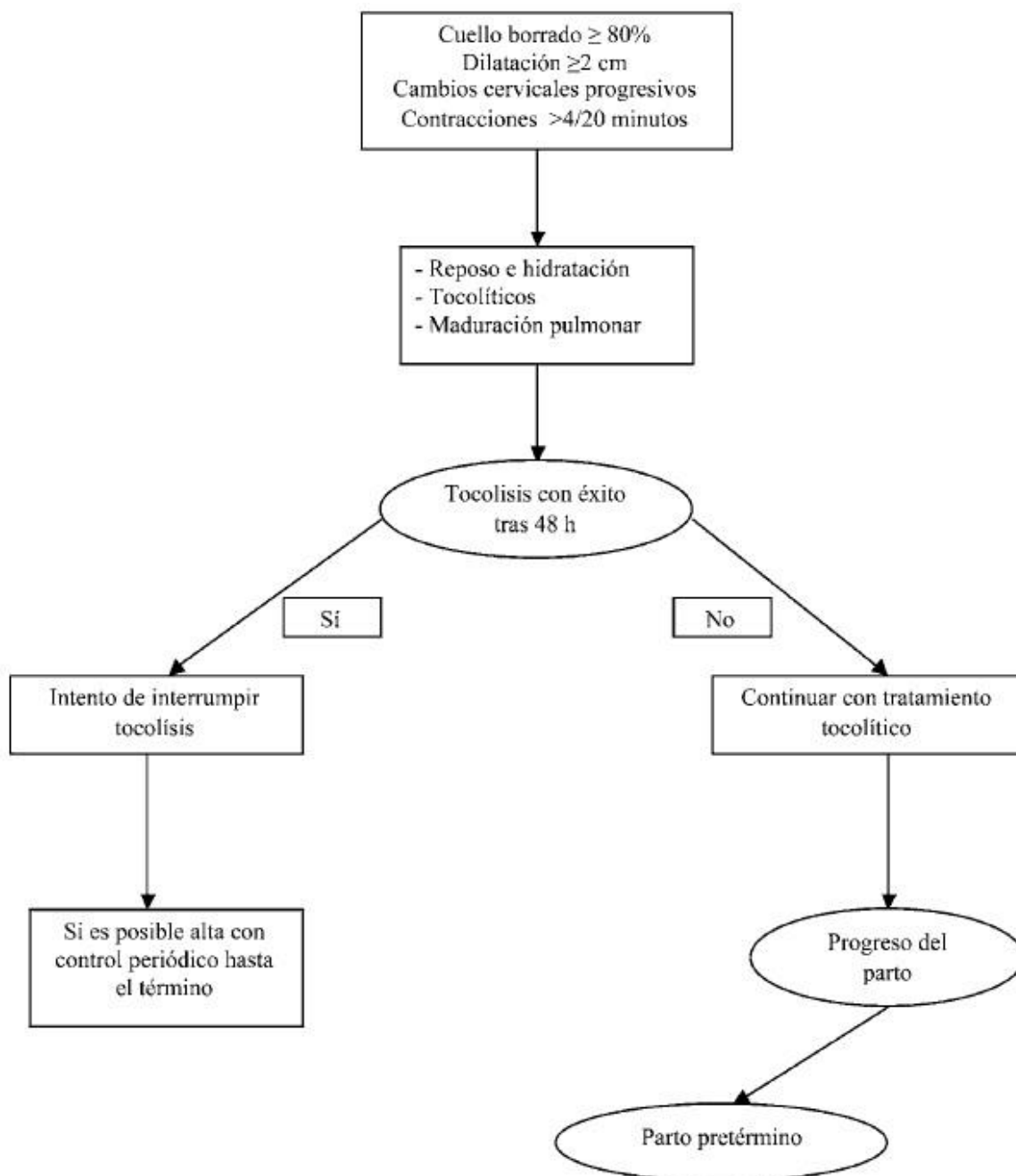
Anexo 4: Esquema de conducta antes una gestante con App en fase prodrómica

(Tabla 2)



Anexo 5: Esquema de conducta antes una gestante con APP fase activa

(Tabla 3)

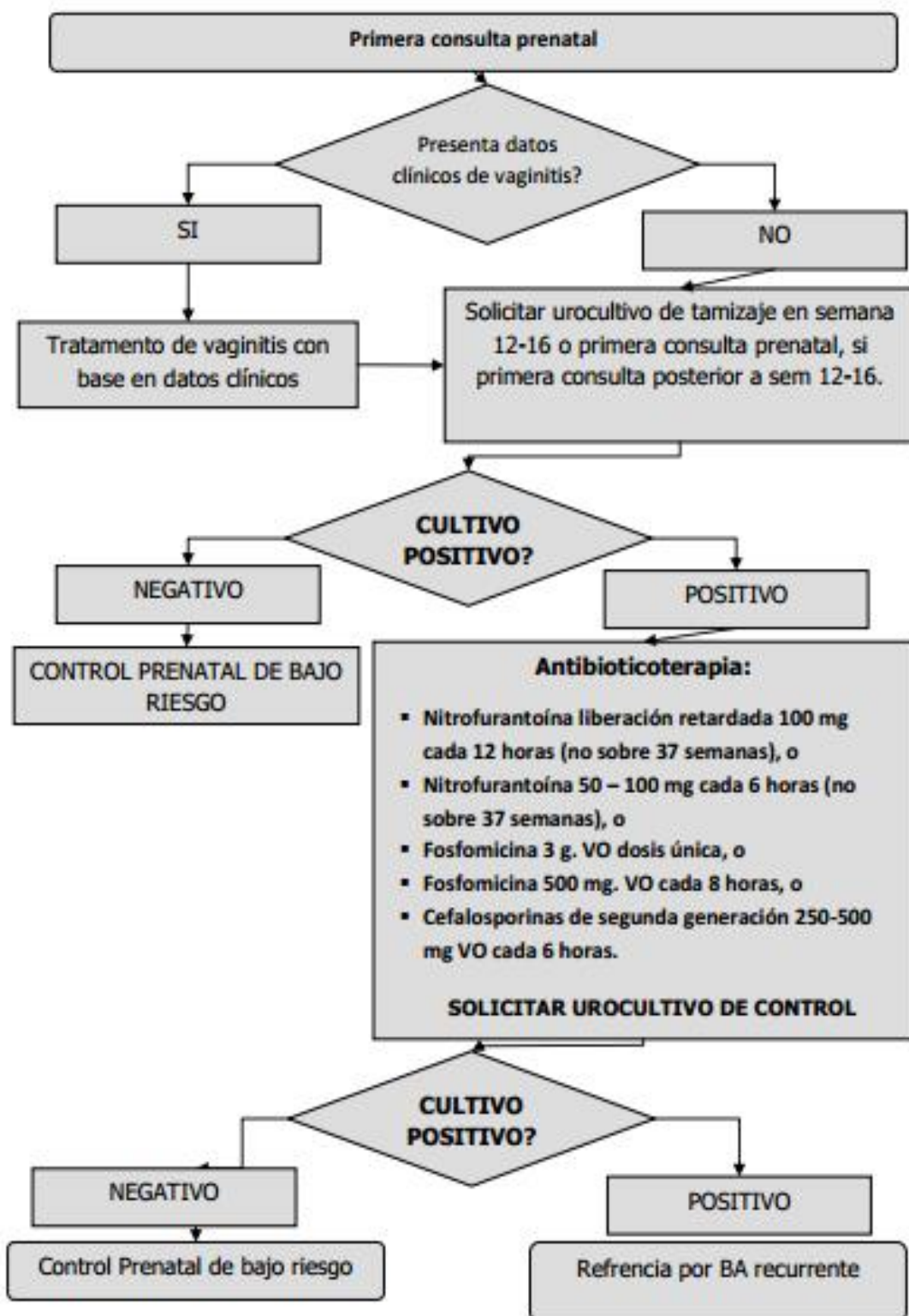


Anexo 6: Administración de otros fármacos tocolíticos

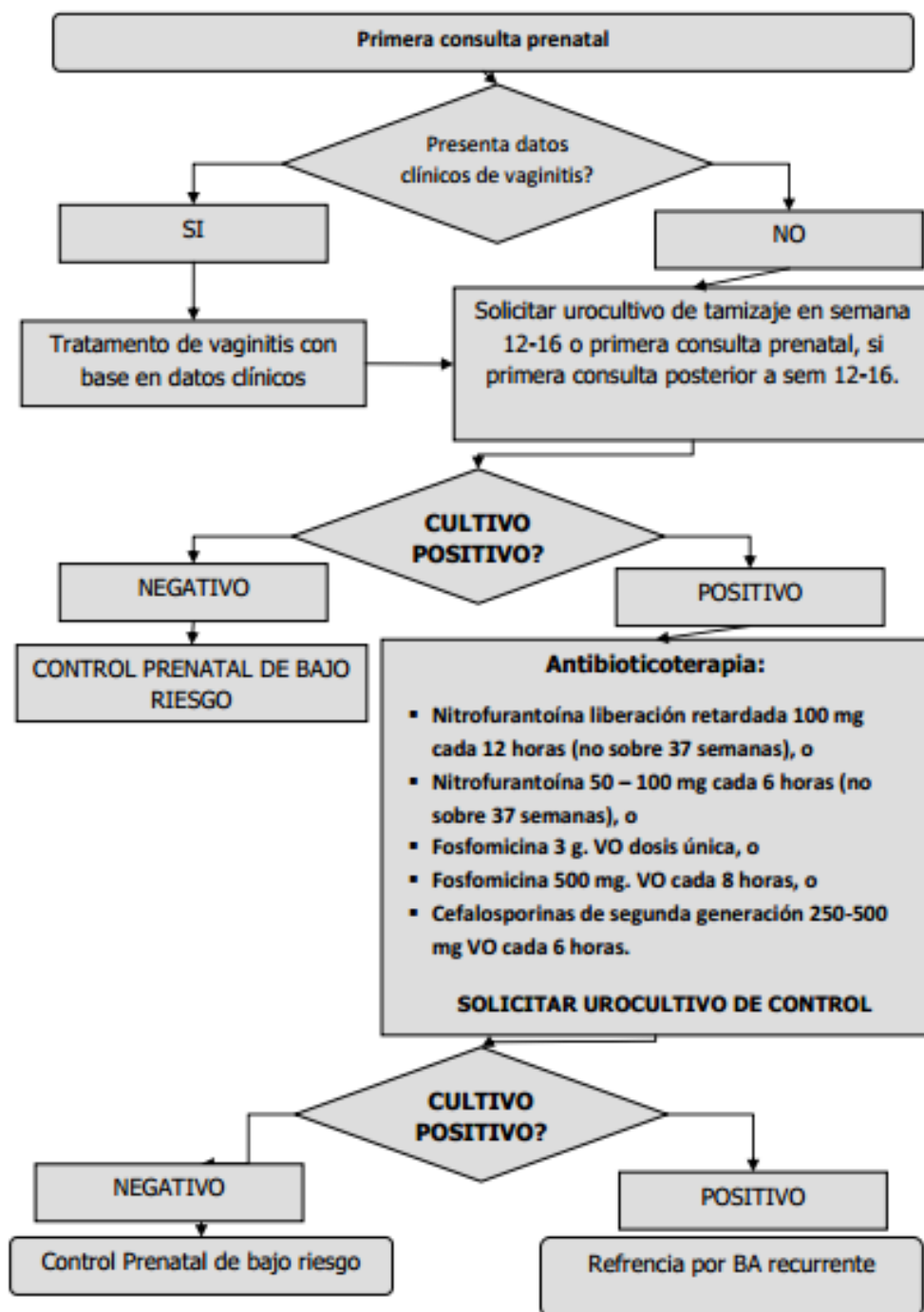
(Tabla 4)

Tabla 1. Otros fármacos tocolíticos			
FÁRMACO	Mecanismo de acción	Dosis (#)	Riesgos potenciales
Ritodrine(+)	Simpaticomimético agonista de los receptores beta-2 adrenérgicos; disminuye los iones de calcio libre intracelular	Inicial: 50-100 mcg/min Aumento: 50 mcg/min/10' Máxima: 350 mcg/min	Hipopotasemia Hiperglucemia Hipotensión Taquicardia materna Taquicardia fetal Temblores, cefalea Nauseas, vómitos Edema pulmonar Arritmia cardíacas Insuficiencia cardíaca Isquemia miocárdica Muerte materna
Terbutalina	Igual que el ritodrine	0,25-0,5 mg SC cada 20'-3h	Igual que el ritodrine
Nifedipino	Bloqueador de los canales del calcio	Inicial: 5 a 10 mg sublingual cada 15-20' (hasta 4 dosis) Luego: 10-20 mg 74-6 h oral	Hipotensión transitoria Cefalea Sofocos Vértigo Náuseas
Indometacina	Inhibidor de la prostaglandin-sintetasa	Inicial: 50-100 mg oral ó rectal Luego: 25-50 mg/6 h oral	Insuficiencia renal ^o Hepatitis ^o Hemaorragia digestiva ^o Hemorragia postparto ^o
Sulfato de magnesio	Antagonismo con el calcio intracelular	Inicial: bolo IV de 4-6 g Luego: 2-4 g/H IV	Edema pulmonar Cefalea, sofocos Hipotensión intensa• Parálisis muscular• Tetania materna• Parada cardíaca• Depresión respiratoria•
Tractocile (+)	Antagonismo con la oxitocina útero específica	Paso 1: bolo IV de 0,9 ml Paso 2: 24 ml/h x 3 horas Luego 8 ml/h iv x 3,5 h Paso 3: 8 ml/h iv hasta 45 h	Dolor torácico Disnea Náuseas]

Anexo 7: Flujograma de diagnóstico y tratamiento de bacteriuria asintomática (BA) en embarazadas



Anexo 8: Flujograma de diagnóstico y tratamiento de cistitis en embarazadas



Anexo 9: test de Bishop, valoración del cuello uterino

(Tabla 5)

Parámetros	Puntuación			
	0	1	2	3
Dilatación (cm)	0	1-2	3-4	5-6
Borramiento (%)	0-30	40-50	60-70	>70
Descenso fetal	-3	-2	-1, 0	+1, +2
Consistencia del cuello uterino	Firme	Mediana	Blanda	
Posición del cuello uterino	Posterior	Mediana	Anterior	

Anexo 10. Diferentes forma en la que el cérvix adopta mientras se va dilatando

Grafico 1



Anexo 11. Formato de la encuesta realizada a las pacientes.

**ENCUESTA A PACIENTES ADOLESCENTES CON AMENAZA DE PARTO
PRETÉRMINO POR INFECCION DE VIAS URINARIAS**



1.- Cuál es su fecha de última menstruación?

2.- ¿Qué edad tiene? _____

3.- ¿Qué nivel de escolaridad tiene?

Primaria incompleta []

Secundaria Incompleta []

Primaria Completa []

Secundaria Completa []

4.- ¿Cuál es su procedencia?

Urbana []

Rural []

5.- ¿Cuál es su estado civil?

Soltera []

Unión Libre []

Casada []

6.- ¿A qué se dedica?

Ama de casa []

Estudia []

7.- ¿Cuántos Embarazos anteriores ha tenido?

Primigesta []

Secundigesta []

Multigesta []

8.- ¿En qué termino su embarazo?

Parto []

cesárea []

9.- ¿Se realizó Controles Prenatales?

SI []

NO []

10.- ¿Cuántos controles prenatales re realizo?

Menos de 5 []

Más de 5 []

11.- ¿durante su embarazo ha mantenido relaciones sexuales?

1 vez []

2 veces []

Más de 3 veces []

12.- ¿Asea frecuentemente sus genitales?

SI []

NO []

A veces []

13.- ¿Ud. ha retenido alguna vez las ganas de orinar?

SI []

NO []

14.- Se realizó exámenes de orina.

SI []

NO []

15.- ¿Ud. ha tenido anteriormente Infección de vías Urinarias?

SI []

NO []

16.- ¿Recibió tratamiento para esta infección?

SI []

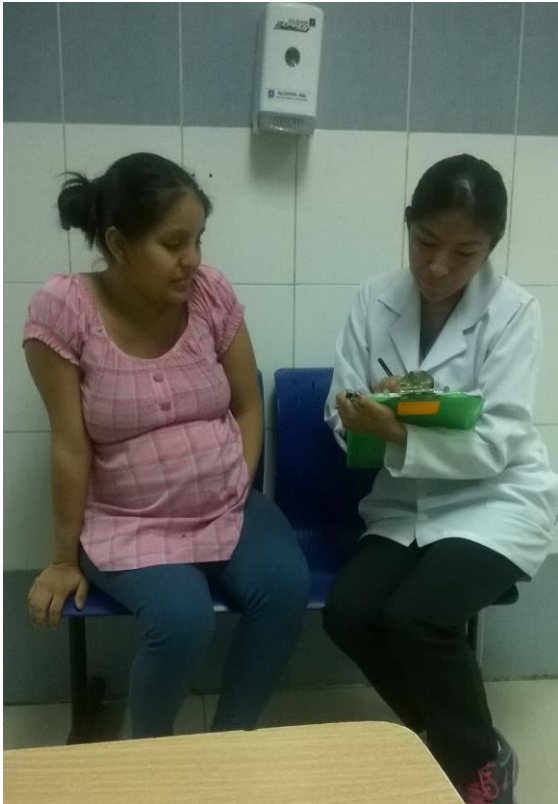
NO []

17.- ¿Cómo fue la toma del medicamento?

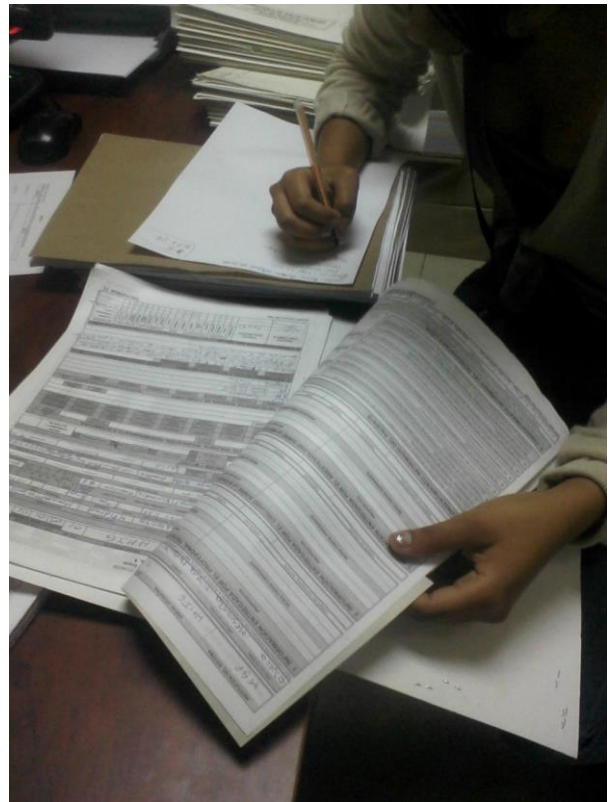
A tiempo []

A cualquier hora

Anexo 12: fotografías



Elaboración de encuestas a pacientes adolescentes



revisión de historias clínicas



Lugar de recopilación de datos y elaboración de la tesis

Anexo 13: Presupuesto

RUBROS	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	OBSERVACIONES
COMPUTADORA	1	-----	-----	CUENTO CON ESTE RECURSO
IMPRESIONES (BORRADORES)	600 HOJAS B/N	10 CTV	60\$	
USO DE INTERNET USADAS EN INVESTIGACIONES	50 HORAS	-----	-----	CUENTO CON ESTE RECURSO
PENDRIVE	1	-----	-----	CUENTO CON ESTE RECURSO
COPIAS	250 HOJAS B/N	5 CTV	12,50 \$	
ANILLADOS	3	2 \$	6 \$	
BOLIGRAFOS	3	60 CTV	1,80 \$	
TRANSPORTE	42	25 CTV	11,25 \$	
ENCUESTAS	100	15 CTV	15 \$	
IMPRESIÓN FINAL	120 HOJAS		35 \$	
SUBTOTAL			141.55	
IMPREVISTOS			25 \$	
TOTAL			165.55 \$	

Anexo 14: Cronograma

Cronograma sobre el desarrollo del trabajo de investigación para la obtención del título de Obstetra.

FECHA	PRESENTACION DE TEMA ANTEPROYECTO	ACEPTACION DE TEMA ANTEPROYECTO	Planteamiento del problema y objetivos	Elaboración del marco teórico	Tutoría de tesis	Recopilación de datos	Entrega de informe a directora	Sustentación de tesis	ACTIVIDADES									
									MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO
	X					X												
		X	X	X		X												
			X	X		X												
				X		X												
				X		X												
						X												
					X	X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												
						X												

Anexo 15: ejemplo de trípticos

Importancia del control prenatal 	 El control médico incluye la elaboración de la historia clínica en la cual se anotan los antecedentes familiares y personales de enfermedades previas al embarazo que pudieran influir en el desarrollo del mismo como diabetes, hipertensión arterial (presión alta), enfermedades de la tiroides, antecedentes de enfermedades hereditarias, etc.	En cada control tu médico te realizará varios exámenes de control, esto es normal ya que de esa manera valoramos el desarrollo y crecimiento de tu bebé... entre los exámenes estás: de sangre, de orina, examen ginecológicos, y odontológicos, etc. 
 Las citas mensuales son la oportunidad perfecta para aclarar todas tus dudas e inquietudes sobre tu bebé, tu embarazo, lo que sientes o tus temores. ¡Pregunta todo lo que puedas!	Cada cuánto debo tener una cita de control prenatal? En tu primer embarazo eres considerada de bajo riesgo, es decir, que tengas entre 20 y 35 años, sin complicaciones conocidas y en buen estado de salud, tus citas de control prenatal tienen esta frecuencia: - Una vez al mes hasta las 28 semanas de embarazo - Cada dos semanas hasta alcanzar las 36 semanas de embarazo (último mes de embarazo) - Una vez a la semana hasta la semana 41 de tu embarazo - Si tu embarazo llega a las 42 semanas de embarazo, debes tener una cita cada dos a tres días hasta el nacimiento	¿Qué esperar en tus citas de control prenatal? En tus citas de control prenatal tu médico se enfocará en vigilar el apto desarrollo de tu embarazo, el crecimiento de tu bebé, los <u>síntomas del embarazo</u>, realizar pruebas para descartar complicaciones o enfermedades, y escucharte todas tus preguntas y dudas. Por lo general, en tus citas mensuales tu médico te toma la presión sanguínea, tu peso, mide el fondo del útero (que debe crecer cada mes, como indicador del crecimiento del bebé) 

Bibliografía

1. Alber E, Reece J, Hobbins C, 2010, obstetricia clínica, capítulo 50, página 890-899
2. Anatomía humana, Volumen 2 capitulo 120 pág. 1556- 62 Escrito por Michael Latarjet, Alfredo Ruiz Liard.
3. Botella J, Clavero J, 2010, tratado de ginecología – 14ª edición, Madrid-España, editorial medica PANAMERICANA, capítulo 34, página 431
4. Braunwald E, Anthony S. Fauci, Kurt J. Isselbacher, Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, J. Larry Jameson, Y Joseph Loscalzo, Medicina Interna de Harrison Vol.1 y 2 sección 7- parte 12.
5. Cabero L, parto prematuro, 2012, editorial medica Panamericana S.A, Buenos Aires; Madrid, capítulo 14, página 11-25
6. Casa J, Ceñal M, Fierro J, Unidad de medicina adolescente-servicio de pediatría, 2010, Madrid-España, pagina 20-23
7. Casteiázo Ayala Luis. Obstetricia "Fisiología materna durante el embarazo" Edición V 1979 Pág.: 69-70 Editorial: Francisco Méndez Oteo
8. Catalogo maestro sobre guía de referencia rápida, revista mexicana, Diagnostico y Manejo de parto pretérmino (http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/063_GP_C_Partopretérmino/Parto_Pretérmino_Rapida_CENETEC.pdf)
9. Fidel Ernesto Ferreira, Sandra Ximena O, Pedro Z, Mónica A, Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 56 No. 3 • 2013 • (239-243) Infección urinaria durante el embarazo, perfil de resistencia bacteriana al tratamiento en el hospital general de Neiva, Colombia.
10. Gilda L, Juan C, Aníbal A, Viviana L -Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina - N° 155 – Marzo 2010 Pág. 20-23-Infección urinaria y

embarazo. Diagnóstico y terapéutica.

11. Ginecología y Obstetricia Manual de consulta rápida por José Lombardía Prieto y Marissa Fernández Pérez. Capítulo 18 Pág. 365-369. Edición.2011
12. Gordon M, Laufer R, 2010, Ginecología Pediátrica y Adolescente (5th ed. edición) «Cap. 4: Fisiología de la pubertad», Philadelphia, Williams & Wilkins. pp.
13. Guía de práctica clínica, Infección de Vías Urinarias, MSP-Ecuador 2012.
14. <http://www.utp.edu.co/~jwla/partopretérmino.html>
15. La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad, 2000, Informe Salud para todos en el año 2012, pág. 12. OMS-Ginebra.
16. Marshall H, William A, Tanner, J, 2011, Crecimiento humano: tratado comprensivo 2ª ed. edición «Cap. 8: Pubertad». New York, PlenumPress. PP.
17. Microbiología clínica Pág. 239 Guillermo Prats. 2009
18. OLMOS, Carlos, et al. Insuficiencia Istmicocervical y Cerclaje. Ginecología y Obstetricia Clínica 2011. España. 3:122-128.
19. OMS (2010). «Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo» (en español). *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. Vol. 87: 2009, 405-48. Consultado el 28 de marzo de 2014
20. Parto Prematuro por Alexis Palencia C. Pediatra Neonatologo volumen 9 capitulo 4 pág. 12-17.
21. Protocol of the Spanish Society of Obstetrics and Gynecology. Urinary

infection and pregnancy (updated February 2013)

22. Ricardo S, Ricardo F, Carlos D. (6º edición-página 370) tratado de obstetricia
23. Salguero J, Reppetty C, amenaza de parto pretérmino, 2007, 1º edición, Buenos Aires, Editorial Albatros, pág. 128.
24. Susana P, Miriam A Estado Mundial de la Infancia 2011, UNICEF, manual de práctica clínica para la atención en la adolescencia,2010, Capitulo 1, página 16-21
25. Zarpardiel G, Luis De la Fuente V ,Bajo Arenas M - Guía de practica de urgencia en Obstétrica y Ginecología (acorde al protocolo de la SEGO)

ÍNDICE

INTRODUCCION	1
EL PROBLEMA.....	10
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	10
1.1.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	10
1.1.4 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.2 JUSTIFICACION.....	12
1.3 OBJETIVOS	13
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	13
1.3.2OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
1.4 HIPOTESIS	14
1.5 VARIABLES	14
1.5.1 VARIABLES DEPENDIENTES	14
1.5.2 VARIABLES INDEPENDIENTES	14
2.1 MARCO TEÓRICO.....	15
2.1.2 ANTECEDENTES	15
2.2 BASE CONCEPTUAL.....	16
2.3 LA ADOLESCENCIA	16
2.3.1 CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA TEMPRANA (10 A 14 AÑOS)	16
2.3.2 CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA TARDÍA (15 A 19 AÑOS).....	16
2.4 LA PUBERTAD	17
2.5 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES	17
2.5.1 FACTORES PREDISPONENTES EN LA ADOLESCENCIA	18

2.5.2 FACTORES DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA.....	18
2.5.3 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA	19
2.5.4 PROTECCIÓN Y SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES.....	19
2.6 EMBARAZO ADOLESCENTE O EMBARAZO PRECOZ.....	20
2.6.1 CAUSAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	20
2.6.2 CONSECUENCIAS DE UN EMBARAZO TEMPRANO	21
2.6.2.1 DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO	21
2.6.2.2 DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICOLÓGICO	21
2.5.3 COMPLICACIONES PARA LA MADRE ADOLESCENTE	22
2.5.3.1 EL CONTROL PRENATAL TARDÍO	22
2.7 AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO (APP)	23
2.7.1 DEFINICIÓN.....	23
2.7.2 FACTORES DE RIESGO EN APP	24
2.7.2.1 GESTANTES ADOLESCENTES.....	24
2.7.2.2 LAS RELACIONES SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO.....	24
2.7.2.3 NIVEL SOCIO – ECONÓMICO BAJO Y/O POBREZA Y APP	25
2.7.2.4 DESNUTRICIÓN	25
2.7.2.5 TABAQUISMO, DROGADICCIÓN, ALCOHOLISMO.....	25
2.7.2.6 PERÍODO INTERGENÉSICO < 6 MESES.	26
2.7.2.7 INFECCIONES LOCALES Y APP	26
2.7.2.8 INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS (IVU) Y APP	27
2.7.3 EVALUACIÓN CLÍNICA.....	27
2.7.4 EXAMEN FÍSICO	28
2.7.4.1 PALPACION ABDOMINAL.....	29
2.7.4.2 EXPLORACION GINECOLOGICA.....	29
2.7.4.3 MARCADOR ECOGRÁFICO	30

2.7.4.4 MARCADOR BIOQUÍMICO	30
2.8 CONDUCTA A SEGUIR ANTE UNA APP.....	32
2.9 TRATAMIENTO.....	34
2.9.1 CERCLAJE CERVICAL.....	35
2.9.2 ADMINISTRACIÓN DE CORTICOIDES	35
2.9.3 ADMINISTRACIÓN DE TOCOLÍTICOS.....	35
2.9.4 ADMINISTRACIÓN PROFILÁCTICA DE BETAMIMÉTICOS.	36
2.9.5 TRATAMIENTO A BASE DE ANTIBIÓTICO.....	36
2.10 INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS (IVU)	37
2.10.1 DEFINICIÓN.....	37
2.10.2 CAUSAS.....	38
2.10.3 FACTORES DE RIESGO.....	38
2.11 FUNCIÓN RENAL EN EL EMBARAZO	39
2.11.1 FISIOPATOLOGÍAS DEL APARATO URINARIO.....	39
2.11.1.1 BACTERIURIA ASINTOMÁTICA.....	40
2.11.1.2 URETRITIS Y CISTITIS.....	40
2.11.1.3 PIELONEFRITIS	41
2.11.1.4 CÁLCULOS RENALES	41
2.11.1.5 CÓLICO NEFRÍTICO	41
2.11.2 CAMBIOS FISIOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO	41
2.12 ETIOLOGÍA	43
2.13 PUNTOS CLAVE EN EL DIAGNÓSTICO DE IU EN EL EMBARAZO.....	43
3.1 METODOLOGÍA.....	45
3.1.1 LOCALIZACIÓN.....	45
3.1.2 TEMPORALIZACIÓN	45
3.1.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN	45

3.1.4 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	45
3.2 MATERIALES	46
3.3 UNIVERSO Y MUESTRA.....	46
3.3.1 UNIVERSO.....	46
3.3.2 MUESTRA.....	46
3.4 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	47
3.5 MÉTODO EMPLEADO EN LA INVESTIGACIÓN	48
3.6 OPERACIÓN DE LAS VARIABLES.....	49
3.6.1 VARIABLES DEL ESTUDIO.....	49
3.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN / EXCLUSIÓN.....	51
3.7.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	51
3.7.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	51
3.8 FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	51
3.9 ASPECTO LEGAL.....	52
4 RESULTADOS	54
4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS POR MEDIO DE CUADROS ESTADÍSTICOS	54
CONCLUSIÓN	72
RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS	73
CONSEJOS AYUDAR A PREVENIR LA INFECCION DE VIAS URINARIAS:.....	73
PROPUESTA	74
JUSTIFICACIÓN	74
OBJETIVOS.....	75
OBJETIVO GENERAL.....	75
OBJETIVOS ESPCIFICOS.....	75
BENEFICIARIOS.....	75
IMPACTO SOCIAL Y COMENTARIOS	76

RECURSOS EMPLEADOS - COSTO	76
Anexos	77
Anexo 1: ABREVIATURAS.....	78
Anexo 2: GLOSARIO DE TERMINOS	79
Anexo 3: Esquema de conducta antes una gestante con clínica de APP	81
Anexo 4: Esquema de conducta antes una gestante con App en fase prodrómica.....	82
Anexo 5: Esquema de conducta antes una gestante con APP fase activa	83
Anexo 6: Administración de otros fármacos tocolíticos	84
Anexo 7: Flujograma de diagnóstico y tratamiento de bacteriuria asintomática (BA).....	85
Anexo 8: Flujograma de diagnóstico y tratamiento de cistitis en embarazadas	86
Anexo 9: test de Bishop, valoración del cuello uterino.....	87
Anexo 10. Diferentes forma en la que el cérvix adopta mientras se va dilatando	88
Anexo 11. Formato de la encuesta realizada a las pacientes.....	89
Anexo 12: fotografías	91
Anexo 13: Presupuesto	92
Anexo 14: Cronograma	93
Bibliografía	95