



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO:

“COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS PRIMIGESTAS CON INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA EN LA CIUDAD DE LOJA DURANTE EL PERIODO MARZO-AGOSTO DE 2015”

Tesis previa a la obtención
del Título de Médico General

AUTOR

WILMAN BENIGNO CALVA BERECHÉ

DIRECTOR

DR. MARCO LEOPOLDO MEDINA SARMIENTO, ESP.

LOJA-ECUADOR

2016

CERTIFICACIÓN

Loja, 30 de Septiembre del 2016

Dr. Marco Leopoldo Medina Sarmiento, Esp.

DIRECTOR DE TESIS**CERTIFICA:**

Que el presente trabajo investigativo, previo a optar el grado de Médico General, titulado: **COMPLICACIONES OBSTÉRICAS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS PRIMIGESTAS CON INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA EN LA CIUDAD DE LOJA DURANTE DE PERIODO MARZO-AGOSTO 2015**, presentado por el estudiante Wilman Benigno Calva Bereche, ha sido dirigido, asesorado, realizado bajo mi dirección y revisado detalladamente y minuciosamente durante todo su desarrollo. Por lo tanto autorizo proseguir los trámites pertinentes para su presentación y defensa de la misma ante el Tribunal de Grado.

Atentamente



Dr. Marco Leopoldo Medina Sarmiento, Esp.
DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo Wilman Benigno Calva Bereche declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autor: Wilman Benigno Calva Bereche

Firma: _____



Cedula: 11045034951

Fecha: 30 de Septiembre del 2016

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Wilman Benigno Calva Bereche, declaro ser autor de la tesis titulada: “Complicaciones obstétricas en adolescentes embarazadas primigestas con Infección de Vías Urinarias atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora en la ciudad de Loja durante el periodo Marzo-Agosto de 2015” como requisito para cotar al grado de: Médico General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los treinta días del mes de Septiembre del dos mil diez y seis, firma el autor:

Firma



Autor: Wilman Benigno Calva Bereche

Cédula: 1105034951

Dirección: Las Peñas **Correo Electrónico:** wilmanxd@hotmail.es

Celular: 0991043468

DATOS COMPLETOS

Director de Tesis: Dr. Marco Leopoldo Medina Sarmiento, Esp.

Tribunal de Grado: Dr. Paul Alexander Cárvajal Apolo, Esp.

Dra. María de los Ángeles Sánchez Tapia, Esp.

Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Mg. Sc.

DEDICATORIA

A Dios, pues fue él quien me iluminó a seguir esta noble profesión, a mi madre por ser el pilar fundamental de mi vida, por su ejemplo de superación, sabias enseñanzas, por sus consejos con sabiduría y humildad, a mi hermano quien siempre me apoyó y creyó en mí, a mi novia y todos aquellos que depositaron en mí su confianza. A todos ellos mil gracias.

Wilman Benigno Calva Bereche

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Loja, por ser mi segundo hogar, a todos los docentes por sus enseñanzas, consejos impartidos en las aulas universitarias, quienes contribuyeron en mi formación profesional. Al Hospital Isidro Ayora de Loja, por permitirme realizar mi año de Internado Rotativo de Medicina, y a cada uno de sus excelentes profesionales de la salud. Al departamento de Ginecología y Obstetricia, a todo el personal médico, enfermas y pacientes pues sin ellos no hubiera sido posible la realización de esta investigación. Al Dr. Marco Medina Sarmiento, director, docente, amigo y colega, quien gracias a sus enseñanzas y consejos contribuyó a la realización de esta Tesis.

Wilman Benigno Calva Bereche

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA	i
CERTIFICACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
AUTORÍA	¡Error! Marcador no definido.
CARTA DE AUTORIZACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vii
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	x
1. TÍTULO	1
2. RESUMEN	2
SUMMARY	3
3. INTRODUCCIÓN	4
4. REVISIÓN DE LA LITERATURA	7
4.1. GENERALIDADES	7
4.1.1. Epidemiología.....	7
4.1.2. Adolescencia Temprana (10 a 13 años).....	8
4.1.3. Adolescencia media (14 a 16 años).....	8
4.1.4. Adolescencia tardía (17 a 19 años).....	8
4.1.5. Embarazo Adolescente.....	9
4.1.6. Factores de riesgo (CONASA, 2008).....	9
4.2. INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO.....	9
4.2.1. Epidemiología.....	10
4.2.2. Etiología.....	11
4.2.3. Clasificación	11
4.2.3.1. Infección urinaria asintomática.....	11
4.2.3.2. Infección urinaria sintomática.....	12
4.3. COMPLICACIONES OBSTETRICAS.....	15
4.3.1. Amenaza de Parto pretérmino.....	15
4.3.2. Parto pretérmino.....	17
4.3.3. Bajo peso al nacer.....	18
4.3.4. Amenaza de aborto.....	20
4.3.5. Aborto.....	21

5. METODOLOGÍA.....	25
5.1. LOCALIZACIÓN Y TEMPORIZACIÓN	25
5.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	25
5.3. UNIVERSO Y MUESTRA	25
5.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	25
5.4.1. Criterios de inclusión.....	25
5.4.2. Criterios de exclusión.....	25
5.5. PROCEDIMIENTO	26
5.5.1. Análisis de la información.....	26
5.5.2. Instrumentos de recolección de datos.....	26
5.5.3. Técnicas de Investigación.....	26
6. RESULTADOS Y ANÁLISIS	27
7. DISCUSIÓN.....	29
8. CONCLUSIONES	31
9. RECOMENDACIONES	32
10. BIBLIOGRAFÍA	33
11. ANEXOS.....	36
Anexo N°1.HOJA RECOLECTORA DE DATOS.....	36
Anexo N°2. CONSENTIMIENTO INFORMADO	38
Anexo N°3 FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES DE COMPENENTE NORMATIVO MATERNO DEL MSP	40
Anexo N°4 SOCIALIZACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS DEL TRABAJO DE TESIS	40

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1. Complicaciones obstétricas asociadas a la infección de vías urinarias.....	27
TABLA N° 2. Adolescentes con infección de vías urinarias diagnosticadas por la clínica y el laboratorio de la institución	28

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO N° 1 Complicaciones obstétricas asociadas a la infección de vías urinarias....	27
GRAFICO N° 2 Adolescentes con infección de vías urinarias diagnosticas por la clínica y el laboratorio de la institución	28

1. TÍTULO

“Complicaciones obstétricas en adolescentes embarazadas primigestas con Infección de Vías Urinarias atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora en la ciudad de Loja durante el periodo Marzo-Agosto de 2015”

2. RESUMEN

Las infecciones de vías urinarias durante el embarazo se han convertido en un problema de salud pública que afecta a toda la sociedad, no solo a nuestro país, sino alrededor del mundo; en el Ecuador se ha determinado, según el ministerio de salud pública, que la bacteriuria asintomática puede presentar complicaciones durante el embarazo, por lo que es de gran importancia diagnosticarlas y tratarlas desde la aparición de una bacteriuria asintomática en estas pacientes. El presente trabajo tuvo el objetivo general de determinar las complicaciones obstétricas en al adolescentes embarazadas primigestas, atendidas en el Hospital Isidro Ayora, durante el periodo Marzo-Agosto del 2015; y como objetivos específicos: 1.Determinar la frecuencia de las adolescentes embarazadas primigestas con Infección de Vías Urinarias determinadas mediante laboratorio clínico; 2.Determinar las complicaciones obstétricas en las adolescentes primigestas embarazadas; 3.Socializar los resultados con el grupo de estudio. En esta investigación, se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo, transversal y retrospectivo cuyo universo fue de 77 mujeres embarazadas, obteniéndose una muestra de 64 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión; se elaboró una hoja de recolección de datos por el autor; obteniendo los siguientes resultados; frecuencia de embarazadas con infección de vías urinarias diagnosticadas por laboratorio con el 83%; Amenaza de aborto 42% y la Amenaza de parto pretérmino 28%, como las complicaciones. Al finalizar la investigación se socializo los resultados con el grupo d estudio, para conocimiento de las complicaciones que se pueden presentar durante el embarazo. Es posible reducir la incidencia de estas infecciones urinarias en mujeres embarazadas, si se realizan controles prenatales oportunos; para evitar a futuro complicaciones tanto a la madre como al nuevo ser, dicho papel le corresponde al Médico en brindar toda la información que debe saber las embarazadas y cumplirlas para el beneficio materno-neonatal, de esta forma se garantiza un futuro adecuado al nuevo ser.

Palabras Claves: Adolescentes embarazadas, Complicaciones Obstétricas, Amenaza de Aborto, Amenaza de parto pretérmino.

SUMMARY

Urinary tract infections during pregnancy have become a public health problem that affects the whole society, not only in our country but around the world; in the Ecuador has been determined, according to the ministry of public health, that asymptomatic bacteriuria can present complications during pregnancy, therefore it is of great importance to diagnose and treat since the appearance of asymptomatic bacteriuria in these patients. This present work had the overall objective to determine obstetric complications in the first period of pregnant teenagers, who were attended at the Isidro Ayora Hospital, during the period March-August 2015; and as specific objectives: 1. To determine the frequency of pregnant adolescents who present Urinary Tract Infection in their first period of pregnancy by clinical laboratory; 2. To know obstetric complications in the new pregnant adolescents; 3. To discuss the results with the study group. In this research, a descriptive, quantitative, cross-sectional and retrospective study whose universe was 77 pregnant women, obtaining a sample of 64 patients who met the inclusion and exclusion criteria; a sheet of data collection was developed by the author; obtaining the following results; frequency of pregnant women with urinary tract infection diagnosed laboratory with 83%; threatened abortion 42% and the threatened preterm labor 28%, as complications. After the research the results d socialize with the group study to knowledge of the complications that can occur during pregnancy. May reduce the incidence of urinary tract infections in these pregnant women, if these women timely antenatal checks are carried out; to avoid future complications for both the mother and the new person; however, that role belongs to doctor who has to provide all information that they should know and accomplish for the maternal-neonatal benefit; therefore, a suitable future can be guaranteed to the new person.

Keywords: Pregnant Teen, Obstetric Complications Threatened Abortion, threatened preterm labor.

3. INTRODUCCIÓN

Las diferentes formas clínicas de infección de vías urinarias, se encuentran ampliamente asociadas a complicaciones durante el período gestacional, entre las más frecuentes se encuentran: amenaza de aborto, parto pretérmino, amenaza de parto pretérmino, aborto y bajo peso al nacer; estudios realizados en Colombia 2011, por Cindy Gineth Silva Chávez y Juliana Pico García, , realizados en el Hospital De Bosa II Nivel de 215 casos; se registró complicación en 91 de los casos (42,3%), de los cuales 41 casos se asociaron a urocultivo positivo, siendo la complicación más frecuente la amenaza de aborto con el 25.27%, seguida de la amenaza de parto pretérmino con el 12.08%, el bajo peso con 5.49%, parto pretérmino 3.29% y el aborto 1.09% respectivamente.

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

A nivel nacional el Consejo Nacional de Salud del Ecuador CONASA, en la Norma de Atención Integral a Adolescentes publicada en el año 2009, establece que a nivel general aproximadamente el 20% de las mujeres jóvenes tendrá infecciones urinarias recurrentes durante el embarazo.

En el Ecuador, cerca de dos millones y medio de adolescentes entre 10 y 19 años representan 20% del total de la población. La tendencia de la fecundidad ha aumentado en la última década, y oscila alrededor de 100 nacimientos por cada mil mujeres. En el Ecuador dos de cada tres adolescentes de 15-19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez, y es en este grupo de edad en donde se predispone con mayor porcentaje y frecuencia a las infecciones urinarias.

Un estudio realizado por Cruz Torres, en el Hospital José Velasco Ibarra en la ciudad de Tena, 2010"; estudio relacionado con este tema estableció que las complicaciones Gineco-obstétricas que presentaron las adolescentes primigestas con infección de vías urinarias, fueron múltiples destacando en mayor porcentaje el trabajo de

parto pretérmino en el 49% de los casos, seguido de ruptura prematura de membranas 14%, aborto 3%, amenaza de aborto 11%.

Un estudio realizado en el Hospital Enrique Sotomayor en Guayaquil por Villa Hernández, en el 2013, del 100% (112), de los casos de complicaciones con IVU durante el embarazo, el 5.4% fue aborto y el 55.4% fue amenaza de parto prematuro.

En otro estudio realizado en la ciudad de Cuenca, en el Hospital “Homero Castanier Crespo en 2008; en relación con nuestro trabajo, de 220 casos que presentó, se concluyó que el 30.91% de las embarazadas adolescentes presentó infección de vías urinarias, las complicaciones incluyen: amenaza de parto pretérmino en 10%, ruptura de membranas en el 4.87%, parto pretérmino en el 2.73%.

En nuestra localidad, Sánchez Jaramillo, realizó un estudio en mujeres embarazadas en general, en el Hospital Isidro Ayora 2011; indica que la complicación que con mayor frecuencia se presentó en la población estudiada al realizarles fue la Amenaza de Parto Pre-termino con 18 casos (20,45%), seguido de Amenaza de Aborto con 10 casos (25,64%), Trabajo de parto Pretérmino con 7 casos (10,95%); Ruptura Prematura de Membranas con 4 casos (10,25%), en las pacientes ingresadas. Patologías que potencialmente podrían haber sido identificadas, prevenibles y tratadas, de haber participado las adolescentes en un mejor control médico de su embarazo. Se debe trabajar con más énfasis e insistir en el beneficio para el binomio madre-hijo del control prenatal.

La importancia de realizar este trabajo investigativo surge de la problemática de determinar si las infecciones de vías urinarias son el principal factor para llevar a las complicaciones obstétricas en las adolescentes embarazadas primigestas, atendidas en el Hospital Isidro Ayora de Loja y las secuelas que pueden presentar la madre y el nuevo ser.

Por ello se justifica la necesidad de realizar este trabajo de investigación en un grupo muy vulnerable como son las adolescentes embarazadas, muchas de ellas desconocen las complicaciones que se pueden presentar durante la vida gestacional, esto genera que se realice más estudios sobre esta problemática que afecta no solo a la madre y su hijo, sino a una sociedad en general. Se debe establecer un diagnóstico precoz y oportuno de infección urinaria durante el control prenatal y la importancia radica no solo

durante el embarazo sino a futuro para evitar complicaciones obstétricas. Los resultados obtenidos de esta investigación serán de gran utilidad y beneficio a población en general sobre todo a las mujeres embarazadas debido al impacto social que representa.

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

4.1. GENERALIDADES

El embarazo en adolescentes, definido como el ocurrido en mujeres entre 10 y 19 años de edad, es una variable demográfica asociada al desarrollo de los países. Los que tienen mayores niveles de instrucción y educación presentan menores tasas de embarazo en estas edades. El fenómeno se asocia más a la educación y al desarrollo cultural que al desarrollo puramente económico (Sánchez de La Cruz Editorial Panamericana, 2011, p 351.).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), 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" y fija sus límites entre los 10 y 20 años. Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial , en muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. (Valdivies González Milagros, González Reyes Yanet).

Según la OMS, la adolescencia se clasifica en:

- **Adolescencia Temprana:** 10 a 13 años.
- **Adolescencia Media:** 14 a 16 años.
- **Adolescencia Tardía:** 17 a 19 años.

4.1.1. Epidemiología.

Las IVU ocurren entre el 1 al 3% del total de mujeres adolescentes, incrementándose marcadamente su incidencia después del inicio de la vida sexual activa. (Ariel Estrada-Altamirano& Col.). El 30,2% a 52,8% de los partos pretérmino son debido a infecciones urinarias. (Diana Ugalde-Valencia).

“En el año 2008, la población de adolescentes en el Ecuador fue de 2'783.108, que representan el 20,8% de la población total, distribuidos 1'423.941 (51.2%) en adolescentes tempranos (10-14 años) y 1'359.167 (48.8%) en el grupo de adolescentes tardíos (15-19 años)” (Normas y Procedimientos de Atención Integral de Salud a Adolescentes 2009).

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo.

4.1.2. Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el período peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia. 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. (Valdivies González Milagros, González Reyes Yanet).

4.1.3. Adolescencia media (14 a 16 años).

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus semejantes, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda. (Valdivies González Milagros, González Reyes Yanet).

4.1.4. Adolescencia tardía (17 a 19 años).

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren

mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de semejantes va perdiendo jerarquía. (Valdivies González Milagros, González Reyes Yanet).

4.1.5. Embarazo Adolescente.

El embarazo adolescente aquel que ocurre en mujeres de diecinueve años o menos es uno de los hechos más frecuentes en nuestra sociedad; son experiencias difíciles que afectan la salud integral tanto de los padres adolescentes como la de sus hijos, familiares y de la sociedad en sí; actualmente es considerado un problema de salud pública debido al creciente aumento.

Cerca del 40% de las adolescentes embarazadas presenta bajo peso durante la gestación, lo que conlleva a que sus hijos también puedan tener bajo peso al nacer. El embarazo en adolescentes está asociado con un riesgo adicional de 20-200% de mortalidad materna, además de mayores probabilidades de prematuridad, bajo peso al nacer y otras complicaciones. (Rodríguez Gázquez,).

4.1.6. Factores de riesgo (CONASA, 2008).

- Ausencia de control preconcepcional y prenatal.
- Anemia.
- Diabetes mellitus.
- Historia de ITS.
- Historia de IVU recurrentes o litiasis renal.
- Paridad elevada.
- Malas condiciones socio económicas.

4.2. INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO.

Las infecciones de vías urinarias (IVU), conocidas actualmente como infecciones del tracto urinario (ITU), se refieren a toda invasión microbiana del aparato urinario (riñón, uréteres, vejiga, uretra, etcétera) que sobrepasa la capacidad de defensa del individuo

afectado. Dichas infecciones figuran entre las más comúnmente presentadas durante la gestación, y el principal microorganismo patógeno es *Escherichia coli*, así como otros bacilos Gram negativos y Gram positivos.

La infección de vías urinarias es una causa frecuente de consulta en medicina familiar y general, las estadísticas refieren que alcanza del 10% al 20% de las consultas diarias en los centros asistenciales. (Clotilde Vallejos Medic, & Col 2010).

Durante el embarazo se producen modificaciones anatómicas y funcionales que aumentan el riesgo a padecer una infección urinaria.

Entre ellas se destacan: la hidronefrosis del embarazo, el aumento del volumen urinario en los uréteres que produce una columna líquida continua que ayuda a la propagación de la infección desde la vejiga al riñón, disminución del tono ureteral y vesical que se asocia a un aumento del volumen urinario en la vejiga aumentando su capacidad vesical y disminuyendo su vaciamiento (éstasis urinaria), obstrucción parcial del uréter por el útero grávido y rotado hacia la derecha, aumento del ph de la orina especialmente por la excreción aumentada de bicarbonato que favorece la multiplicación bacteriana, hipertrofia de la musculatura longitudinal del uréter, aumento de la filtración glomerular que determina la presencia de glucosa en la orina lo que favorece la aparición de los gérmenes, aumento del reflujo vesico ureteral, menor capacidad de defensa del epitelio del aparato urinario bajo, incremento de la secreción urinaria de estrógenos y el ambiente hipertónico de la médula renal. (Álvarez, G. Cruz, J. Garau, A 2006).

4.2.1. Epidemiología.

El factor de riesgo más importante en las infecciones de vías urinarias es el embarazo. El 5-10% de las embarazadas presentan una infección vías urinarias bajas (ITU) en el curso de la gestación. Un 10% de los ingresos hospitalarios en gestantes se deben a infecciones de vías urinarias. La bacteriuria asintomática no tratada es un factor de riesgo de pielonefritis, bajo peso al nacer y parto prematuro. (López M, & Col)

4.2.2. Etiología.

Los microorganismos responsables de la infección urinaria sintomática y asintomática son los mismos. La *Escherichia coli* se encuentra en el 80% de los casos, seguido en frecuencia por el *Proteus mirabilis* (4%), *Klebsiella* (4%), *Enterobacter* (3%), *Staphylococcus saprophyticus* (2%) y *Streptococo* del grupo B (1%).

Algunas bacterias gram positivas también han sido asociadas con patología del tracto urinario, aunque de forma menos frecuente, como el *staphylococcus coagulasa* negativo.

Otros microorganismos como la *Gardnerella vaginalis*, *lactobacilli*, *Chlamidya trachomatis* y *Ureaplasma Urealyticum* tienen un papel incierto en la patogénesis de la enfermedad.

La *E. coli* posee características que la hacen muy virulenta para el tracto urinario, como son la presencia de pili que favorece su adherencia al uroepitelio, antígeno K que protege a las bacterias de la fagocitosis por los leucocitos, hemolisina que favorece la invasión tisular y daña el epitelio tubular, la resistencia antimicrobial a la actividad bactericida del suero y aerobactina que permite a la bacteria acumular hierro para su replicación. (Coordinación Médica de Salud Colombia 2014).

4.2.3. Clasificación

Se clasifican según el nivel de compromiso clínico y anatómico en: asintomática (bacteriuria asintomático) y sintomática (cistitis y pielonefritis), siendo también denominadas como altas y bajas.

4.2.3.1. Infección urinaria asintomática.

BACTERIURIA ASINTOMÁTICA

La bacteriuria asintomática se define como el aislamiento de un número específico de bacterias (presencia de más de 100.000 colonias de bacterias por mililitro de orina) en

una muestra de orina recolectada de manera adecuada, de una persona sin signos o síntomas de infección urinaria. (Hoffman Bárbara L. et.al. WILLIAMS, 2012).

Bacteriuria Asintomática en el Embarazo

Su incidencia en embarazadas varía entre 2 -7% y depende de la paridad, el grupo étnico y la posición socioeconómica (Cunningham. Gary et.al. WILLIAMS. 2009).

El riesgo de adquirir una bacteriuria asintomática en el transcurso del embarazo aumenta progresivamente desde un 0.8% en la semana 12 hasta un 1.9% al final del tercer trimestre.

Sin embargo los cambios fisiológicos que se presentan durante la gestación a partir de la semana 12-14 promueve que una simple colonización que existiera ya antes en el embarazo progrese a bacteriuria asintomática. De esta forma un 20-40% de las mujeres con bacteriuria asintomática desarrollan pielonefritis en el segundo trimestre o más frecuente en el tercer trimestre. (González-Merlo J& Col)

Los gérmenes más frecuentes que producen BA en la gestante son E. coli (75-80%) y el resto son producidas por Klebsiella pneumoniae, Enterobacter spp y Proteus mirabilis. (Carmona de la Morena, Javier).

La bacteriuria debe ser estudiada en todas las gestantes y en el momento ideal que son las semanas 14-16. La detección precoz y el tratamiento de la bacteriuria al inicio de la gestación reducen un 70-90% los casos de pielonefritis. (González-Merlo J& Col).

4.2.3.2. Infección urinaria sintomática.

Es la presencia de más de 100.000 colonias de bacterias en 1 ml de orina asociado a síntomas de infecciones urinarias bajas (cistitis aguda) e infecciones urinarias altas (pielonefritis aguda).

CISTITIS AGUDA

La cistitis en el embarazo se considera una ITU primaria pues no se desarrolla a partir de una bacteriuria asintomática previa. Se define como una ITU que afecta a la pared vesical, que cursa con síndrome miccional sin alteración del estado general. (Bajo Arenas JM & Col. SEGO).

Epidemiología:

La incidencia de cistitis aguda es del 1,5% durante la gestación, siendo más baja que la de bacteriuria asintomática. En casi el 90% de los casos, la infección queda localizada en la vejiga, sin que exista bacteriuria renal. Por esta razón, no es habitual que la cistitis aguda progrese a pielonefritis. Su tasa de recurrencias del 15-17%.

Los casos de cistitis aguda se presentan de modo predominante en el 2º trimestre de gestación, mientras que en la mayoría de los casos de pielonefritis aguda aparecen en el 1-3º trimestre, y que casi todos los casos de bacteriuria asintomática se encuentran el 1º trimestre de la gestación.

Desde un punto de vista microbiológico los gérmenes implicados son los mismos que los de las bacteriurias asintomáticas. En el 95 % de los casos la infección es monomicrobiana. La vía de infección más común suele ser ascendente debido a que la menor longitud de la uretra femenina facilita el ascenso de las bacterias hacia la vejiga.

Clínica:

El cuadro clínico presenta clínica miccional de aparición repentina: disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, dolor retro o suprapúbico y en la uretra durante o después de la micción. La orina suele ser de aspecto turbio (presencia de leucocitos) y con poso purulento (leucocitos en gran cantidad o piuria). En las fases agudas puede presentar hematuria macroscópica. La hematuria microscópica aparece hasta en el 60% de las cistitis. (Maroto Martín. M^a Teresa.)

PIELONEFRITIS AGUDA

Es una infección de la vía excretora alta y del parénquima renal de uno o ambos riñones, que suele presentarse en el último trimestre y es casi siempre secundaria a una bacteriuria asintomática no diagnosticada previamente o no tratada correctamente y que ocasiona signos y síntomas muy floridos que alteran el estado general de la paciente. (Álvarez, G. Cruz, J. Garau, A 2006).

Epidemiología:

Su incidencia es del 1-2% de todas las gestantes. Las tasas pueden variar en dependencia de que se haga o no cribado de la bacteriuria asintomática y de la eficacia del tratamiento de la misma (un tratamiento adecuado de la bacteriuria asintomática disminuye en un 80% la incidencia de pielonefritis).

Resulta más frecuente durante la segunda mitad del embarazo; el 4% sucede en el 1º trimestre, el 67% en el 2-3º trimestre y el 27% en el postparto.

Casi un tercio de las mujeres que padecen una pielonefritis aguda en la gestación presentarán una infección recurrente y/o anomalías estructurales renales a lo largo de su vida. Se asocia con más frecuencia a nuliparidad y a una menor edad de la gestante. El riesgo de recurrencia durante la misma gestación es del 15%.

Clínica

- Síntomas de cistitis.
- Fiebre alta de aparición brusca ($> 39^{\circ}$) que cursa con picos y suele ceder tras 48h de tratamiento
- Escalofríos que sugieren bacteriemia.
- Dolor lumbar unilateral o bilateral que se irradia por el trayecto ureteral, junto con dolor difuso que obliga a hacer el diagnóstico diferencial con apendicitis y colecistitis.
- Anorexia, náuseas y vómitos causantes de deshidratación que pueden provocar, junto con la fiebre, taquicardia.

- Son signos de mal pronóstico: la hipotensión arterial, la taquipnea, taquicardia y la fiebre extrema persistente.

Exploración Física

- Puño percusión renal positiva.
- Dolor a la presión en ambas fosas iliacas y en fondos de sacos vaginales.
- Tacto vaginal por posible amenaza de parto prematuro concomitante.

Diagnóstico de Pielonefritis aguda

La clínica se confirma con el urocultivo con > 100.000 UFC/ ml de orina. En el sedimento se encuentra leucosituria, también puede haber cilindros leucositarios, proteinuria y hematíes. (Álvarez, G. Cruz, J. Garau, A 2006).

Pielonefritis aguda en el embarazo

Casi siempre es secundaria a una bacteriuria asintomática no diagnosticada o tratada incorrectamente y que ocasiona signos y síntomas muy floridos que alteran el estado general de la paciente. Se asocia a morbilidad materna y fetal importante, siendo la forma más severa de infección del tracto urinario y la indicación más común de hospitalización durante la gestación. (Maroto Martín. M^a Teresa.).

4.3. COMPLICACIONES OBSTETRICAS.

4.3.1. Amenaza de parto pretérmino.

La amenaza de parto pretérmino (APP) se define como la presencia de contracciones con un ritmo de 4 cada 20 minutos o de 8 en 60 minutos entre la 22 y 37 semanas de gestación. Este hecho se debe asociar al menos a una de las siguientes circunstancias: modificación progresiva del cérvix y dilatación cervical \geq a 2 cm y borramiento \geq 80%.

La prevalencia del parto pretérmino es del 7-10%. Supone un 65% de muertes perinatales y la principal causa de morbilidad neonatal. (A. Ochoa, J. Pérez Dettoma).

Etiología

Se conoce que la amenaza de parto pretérmino puede tener un origen multifactorial. Sin embargo, tradicionalmente sus posibles causas se han seleccionado en tres grandes grupos:

- **Iatrogénico:** por indicación médica se finaliza el embarazo antes del término. Ejemplo: secundario a alguna patología materna, que impida lograr el avance de la gestación.
- Secundario a Rotura Prematura de Membranas (RPM)
- **Idiopático:** sin causa aparente o conocida.

Recientemente, según experiencias clínicas y experimentales, la mayoría de los partos pretérminos secundarios a causas idiopáticas y por RPM se ligan a cuatro procesos:

- a) Activación del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal materno o fetal.
- b) Inflamación decidual y amniocoriónica.
- c) Hemorragia decidual.
- d) Distensión uterina patológica: embarazos múltiples y polihidramnios.

Los procesos mencionados generalmente ocurren simultáneamente; sin embargo, cada uno tiene una característica única bioquímica.

Estos procesos convergen en una vía final común en donde se produce liberación de mediadores bioquímicos, aumento de proteasas y uterotoninas de membranas fetales y decidua. Por consiguiente, se produce el inicio de las contracciones uterinas con modificaciones del cérvix, con o sin RPM, y finalmente se desencadena el parto prematuro.

Es importante tener en cuenta que la sintomatología de la amenaza de parto pretérmino (APP) es muy imprecisa y muchos de estos síntomas han sido asignados de manera empírica a parto prematuro inminente. (Quirós González Gabriela & Col).

Evaluación de riesgo

Se considerarán pacientes de alto riesgo cuando estén presentes UNO O MÁS de los siguientes criterios:

Criterios clínicos:

1. Bishop \geq 5.
2. Parto pretérmino anterior espontáneo antes de la semana 34
3. Pérdida gestacional tardía (\geq 17.0 semanas).
4. Gestación múltiple.
5. Portadora de cerclaje cervical en gestación actual.

Criterios ecográficos:

- Gestaciones únicas: Longitud cervical $<$ 25 mm antes de las 28.0 semanas.
- Longitud cervical $<$ 20 mm entre las 28.0 y 31.6 semanas.
- Longitud cervical $<$ 15 mm a las 32 semanas o más

Se considerarán pacientes de bajo riesgo cuando no esté presente NINGUNO de los criterios citados anteriormente.

4.3.2. Parto pretérmino.

Por lo general, el parto prematuro se define como el que ocurre después de las 20 semanas y antes de las 37 semanas completas de gestación. El trabajo de parto que ocurre en este intervalo se define como trabajo de parto prematuro. (Hacker y Moore. p 146).

Clasificación

- Prematuros extremos: menos de 28 semanas.
- Muy prematuros: 28 a 31,6 semanas.
- Prematuros moderados: 32 a 33,6 semanas.
- Prematuros tardíos: entre las 34 y 36,6 semanas.

Factores de Riesgo

- Antecedente de parto/s pretérmino/s anterior/es.
- Antecedente de feto/s muerto/s.
- Antecedente de rotura prematura de membranas de pretérmino.
- Antecedente de aborto en segundo trimestre (>17 semanas).
- Embarazo doble o múltiple.
- Polihidramnios.
- Infecciones urinarias: bacteriuria asintomática, pielonefritis, infecciones bajas.
- Vaginosi bacteriana.
- Factores uterinos: malformaciones, miomatosis, incompetencia ístmico-cervical, conización cervical.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Edad materna <18 o >40 años. (Voto. Liliana & Col.)

El parto pretérmino es un problema para la salud pública a nivel mundial, ya que conlleva complicaciones neonatales a corto plazo, como depresión al nacer, síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, sepsis, trastornos metabólicos, enterocolitis necrotizante, ductus arterioso persistente, displasia broncopulmonar o apneas. A largo plazo se dan parálisis cerebral, retraso mental, compromiso de visión y pérdida de audición. (Quirós González Gabriela & Col).

4.3.3. Bajo peso al nacer.

El peso al nacer es sin duda el determinante más importante de las posibilidades de que un recién nacido experimente un crecimiento y desarrollo satisfactorio, por eso, actualmente la tasa de bajo peso se considera como un indicador general de salud.

El bajo peso al nacer (recién nacido con cifras inferiores a 2 500 g de peso), es una de las causas más importante de morbilidad y mortalidad infantil y perinatal, se considera que la mortalidad en el primer año de vida es 14 veces mayor en los recién nacidos con bajo peso, que los niños que nacen con un peso normal. (García Baños Luis Gustavo. 2012).

Dentro de las razones principales por las cuales un niño pueda nacer con bajo peso encontramos:

- Nacimiento prematuro, definido como el nacimiento de un bebe antes de cumplir las 37 semanas, los cuales representan el setenta por ciento de los niños nacidos con bajo peso.
- Crecimiento limitado del feto, que son los niños pequeños para su edad gestacional.

Otros factores de riesgo del bajo peso al nacer encontrados con mayor frecuencia en la literatura médica son los siguientes:

- Desnutrición de la madre.
- Embarazo en la adolescencia.
- Problemas de salud crónicos de la madre.
- Infecciones de la madre.
- Infecciones del feto.
- Problemas de la placenta.
- Defectos congénitos.
- El uso de alcohol, cigarrillo y drogas ilícitas.
- El control tardío generado por el deficiente acceso a los servicios de salud, factor marcado por las condiciones socio económicas y culturales, que impiden en gran medida la captación temprana de la gestante.
- Algunos factores de riesgo psicosociales como el estado civil, el embarazo planeado, la permanencia del padre del bebé durante el embarazo y la aceptación del mismo por parte de la familia.
- Periodos intergenésico menores de dos años y más aún cuando es menos de un año. Así mismo cuando el intervalo es mayor de cuatro años ya que la madre puede considerarse primigestante con los riesgos que ello implica.
- Antecedentes gestacionales tales como, abortos, mortinatos, muertes neonatales, recién nacidos de bajo peso, prematuros y partos por cesárea

Los bebés nacidos con bajo peso son más propensos que los bebés de peso normal a tener problemas de salud durante sus primeras semanas de vida. Los problemas médicos

graves son más comunes en los bebés que nacen con un peso muy bajo. (Hurtado Ibarra, K& Col.).

4.3.4. Amenaza de aborto.

La amenaza de aborto es la presencia de hemorragia de origen intrauterino antes de la vigésima semana completa de gestación, con o sin contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsión de los productos de la concepción.

Representa el cuadro clínico más temprano que puede presentar un aborto espontáneo. Se presume su diagnóstico cuando una paciente con diagnóstico de embarazo presenta una hemorragia genital, que puede ser de color amarronado, o rosa, acompañado de dolor hipogástrico, generalmente de tipo cólico, producto de contracciones uterinas.

Al examen físico el cuello se encuentra *cerrado y formado*. La imagen ecográfica en estos casos puede mostrar una gestación de características normales: presencia de embrión vital, con corion homogéneamente envolvente, con imágenes de hematomas retroplacentarios o sin ellas. (Testa, Roberto).

Incidencia

Por lo menos 20-30% de las embarazadas tienen hemorragia en el primer trimestre. Se cree que representa un sangrado por la implantación. El cérvix se mantiene cerrado y puede haber una ligera hemorragia, con o sin dolor cólico.

Síntomas

- Amenorrea secundaria
- Prueba de embarazo positiva
- Presencia de vitalidad fetal
- Cólicos abdominales con o sin sangrado vaginal
- Volumen uterino acorde con amenorrea

- Sangrado vaginal durante las primeras 20 semanas de embarazo (el último período menstrual se presentó hace menos de 20 semanas)

La amenaza de aborto espontáneo puede presentarse con una pérdida de sangre apenas perceptible hasta un profundo shock potencialmente mortal. Una vez que el cuello uterino comienza a dilatarse, el aborto espontáneo y la pérdida del embarazo son inevitables. (González Rivera Ana Catalina).

No hay tratamiento eficaz para la amenaza de aborto. El reposo en cama, aunque a menudo se prescribe, no modifica su evolución. Algunos prescriben analgésicos con paracetamol para reducir las molestias. Por lo general se analizan en conjunto la ecografía transvaginal, la gonadotropina coriónica humana cuantitativa sérica (hCG) y la progesterona sérica para establecer si el feto vive y se encuentra dentro del útero.(Cunningham. Gary et.al. 2009).

4.3.5. Aborto.

Interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500 gramos. La tasa de pérdida clínica es del 10% al 15% de las gestaciones y más del 80% de abortos ocurren antes de las 12 semanas.

El aborto incompleto se puede derivar de un aborto espontáneo o inducido y se presenta cuando ocurre la expulsión parcial del producto de la concepción. Otras complicaciones como hemorragias, infecciones, perforaciones de órganos, etc. pueden ser muy frecuentes.

Por ello, es extremadamente necesaria una atención oportuna y con calidad a las mujeres que llegan a los servicios en estas circunstancias.

La mayoría de estas pérdidas son irreconocibles debido a que suceden antes de que se presente la siguiente menstruación. Del total de concepciones, 30% se pierden por fallas en la implantación, 30% por abortos preclínicos, 10% por abortos clínicos y 30% nacen vivos.

La mayoría de los abortos espontáneos son tempranos, 80% ocurre las primeras 12 semanas y el 20% restante de la semana 12 hasta la 20; 1% de todas las mujeres presentan un aborto recurrente.

Cuando se analiza la edad de las mujeres que presentan abortos espontáneos, se observa que, en las adolescentes, puede alcanzar entre 10% y 12%, mientras que, en las mayores de 40 años, el porcentaje aumenta cuatro a cinco veces, y aumenta progresivamente con la edad. Del 15% al 20% de los embarazos que se diagnostican clínicamente se pierden en el primer trimestre o al inicio del segundo, sin ninguna repercusión materna. Existen múltiples factores y causas tanto de origen fetal como materno o paterno que producen alteraciones y llevan a pérdida del producto de la gestación. En la mitad o dos terceras partes de los casos están asociadas alteraciones cromosómicas.

Las anomalías en el desarrollo y crecimiento del embrión son las causas más frecuentes de pérdida de la gestación, tanto subclínica como clínicamente reconocibles; el resto son dismórficos, con crecimiento disminuido o con productos muy macerados como para poder examinarse. Alrededor del 30% al 50% de los abortos espontáneos son citogenéticamente anormales; las anomalías en el cariotipo llegan a ser hasta de 50% a las 8-11 semanas de gestación y 30% a las 16-19 semanas de gestación.(Ministerio de Salud Pública, 2013).

Tipos de aborto pueden ser clasificados

Amenaza de aborto

- Amenorrea secundaria
- Prueba de embarazo positiva (β -hCG cuantitativa)
- Presencia de vitalidad fetal
- Sangrado uterino de magnitud variable
- Dolor tipo cólico en hipogástrico de magnitud variable
- Volumen uterino acorde con amenorrea sin dilatación cervical evidente

Aborto inevitable

- Volumen uterino igual o menor que lo esperado por amenorrea
- Sangrado uterino abundante o ruptura de membranas con pérdida de líquido amniótico
- Puede haber o no dilatación cervical

Aborto incompleto

- Expulsión parcial del producto en concepción
- Sangrado uterino y dolor tipo cólico de magnitud variable
- Dilatación cervical evidente y volumen no acorde con amenorrea

Aborto en evolución o aborto inminente

- Expulsión inminente del tejido ovular
- Dolor tipo cólico progresivo en intensidad y frecuencia
- Volumen uterino menor que lo esperado por amenorrea
- Sangrado uterino persistente de moderada cantidad
- Dilatación cervical ostensible

Aborto completo

- Expulsión completa del producto de la concepción
- Disminución del sangrado uterino y del dolor
- Es frecuente el cierre del orificio cervical

Aborto diferido o huevo muerto retenido

- Volumen uterino menor que por amenorrea
- Ausencia de vitalidad fetal (latidos cardíaco fetal)
- No hay modificaciones cervicales

Aborto séptico

- Puede presentarse en cualquiera de las formas clínicas del aborto
- Existe escurrimiento intrauterino de secreción hemato purulenta a través del cérvix con olor fétido
- Presencia de fiebre sin ningún otro sitio clínicamente evidente de infección
- Hipersensibilidad suprapúbica, dolor abdomino-pélvico a la movilización del cérvix y útero
- Alteraciones del estado general. (Ministerio de Salud Pública, 2013).

5. METODOLOGÍA

5.1. LOCALIZACIÓN Y TEMPORIZACIÓN

- **Localización:** servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora
- **Temporización:** periodo Marzo-Agosto del 2015

5.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo-transversal y retrospectivo.

5.3. UNIVERSO Y MUESTRA

- **Universo:** estuvo conformado por las adolescentes embarazadas primigestas ingresadas al servicio de Ginecología del Hospital Isidro Ayora durante el periodo Marzo-Agosto del 2015, y que corresponden a 77 pacientes
- **Muestra:** adolescentes embarazadas primigestas con diagnóstico de Infección de Vías Urinarias, confirmadas por el laboratorio de la institución, correspondiente a 64 pacientes

5.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

5.4.1. Criterios de inclusión.

Adolescentes de 11-19 años cumplidos, embarazadas, primigestas y con infección de vías urinarias confirmada por laboratorio

Pacientes que acepten formar parte del estudio (consentimiento informado y firmado)

5.4.2. Criterios de exclusión.

- Adolescentes múltiparas
- Mujeres de más de 19 años de edad
- Adolescentes que no acepten ser parte del estudio.
- Pacientes que recibieron algún tratamiento antibiótico por alguna patología previa
- Pacientes que además de infección de vías urinarias cursen con otra patología al mismo tiempo

5.5. PROCEDIMIENTO

- Aprobación del tema de investigación por el Área de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.
- Oficio al director médico asistencial del Hospital Isidro Ayora de Loja para solicitar acceso al servicio de Ginecología para recolectar la información.
- Durante de periodo de estudio (Marzo-Agosto 2015), se revisó diariamente las historias clínicas de las pacientes ingresadas con infección de vías urinarias al servicio de Ginecología, buscando aquellas que tengan diagnóstico confirmado por el laboratorio, aplicando los criterios de inclusión y exclusión.
- En las pacientes seleccionadas se buscó la presencia de otra patología obstétrica concomitante y que haya sido consecuencia de la infección de vías urinarias.
- Se estableció el tipo o variedad de infección urinaria que presentaron las pacientes.
- Una vez recogida la información en la hoja recolectora de datos (anexo I) preestablecida para el efecto, se procedió a la tabulación.
- Es importante mencionar que mientras se recogió la información, se realizó asesoramiento a las pacientes sobre la importancia de reconocer a tiempo los signos y síntomas de la infección de vías urinarias (indicándole cuales son), así como el buscar ayuda médica oportuna para evitar que se presente las complicaciones obstétricas durante su embarazo.
- Se realizó la socialización de los resultados obtenidos en el trabajo de tesis

5.5.1. Análisis de la información.

Se ingresaron los datos obtenidos en una hoja de recolección de la información y posteriormente en una base de datos. Luego se hizo un análisis cuantitativo de los resultados para responder a los objetivos planteados y obtener los resultados esperados.

5.5.2. Instrumentos de recolección de datos

Hojas de recolección de datos, base de datos de programa estadístico, hojas de Excel, y tabulación por métodos gráficos

5.5.3. Técnicas de Investigación.

- La observación se realizó en el servicio de Ginecología del Hospital Isidro Ayora.
- La orientación recibida por parte de los tutores de la Práctica Hospitalaria.
- Historias Clínicas para levantar la información documental

6. RESULTADOS Y ANÁLISIS

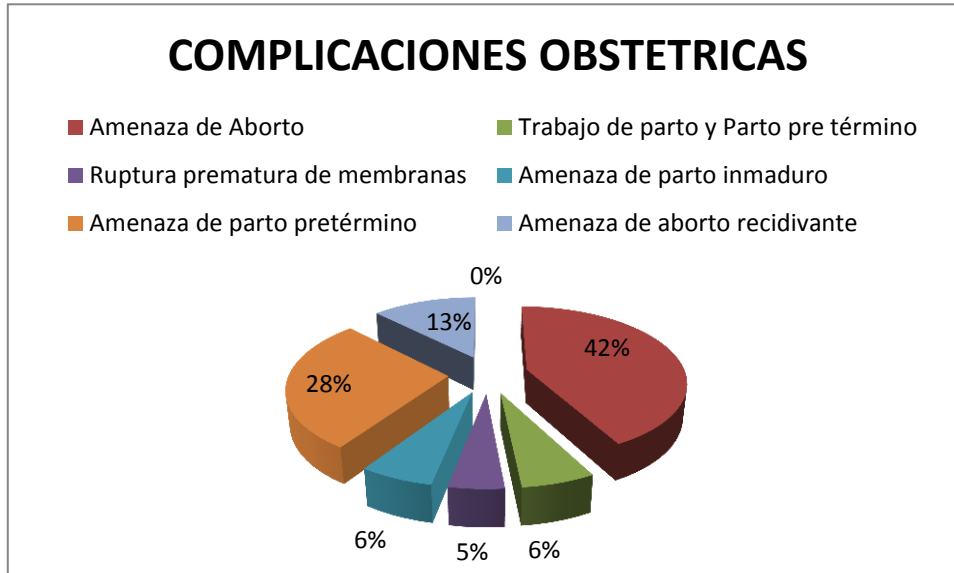
TABLA N° 1. Complicaciones obstétricas asociadas a la infección de vías urinarias

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS	Frecuencia	Porcentaje
Amenaza de Aborto	27	42%
Trabajo de parto y Parto pre término	4	6%
Ruptura prematura de membranas	3	5%
Amenaza de parto inmaduro	4	6%
Amenaza de parto pretérmino	18	28%
Amenaza de aborto recidivante	8	13%
Total	64	100%

Fuente: Hoja recolectora de datos

Elaborado por: Wilman Benigno Calva Bereche

GRAFICO N° 1



Fuente: Hoja recolectora de datos

Elaborado por: Wilman Benigno Calva Bereche

Análisis: La complicación obstétrica más frecuente que presentaron las embarazadas, la Amenaza de Aborto corresponde al 42%; el 28% de las encuestadas presentaron Amenaza de parto pretérmino.

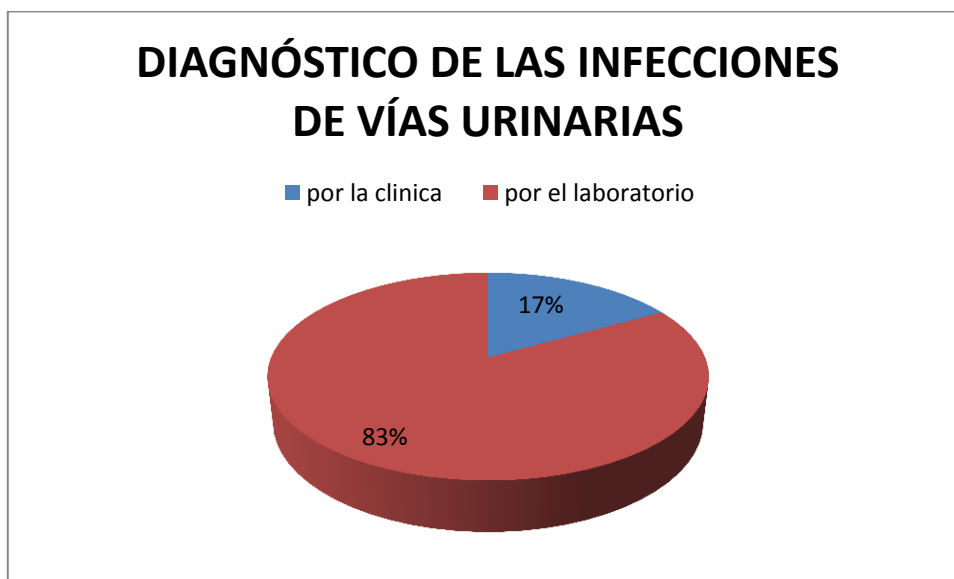
TABLA N° 2. Adolescentes con infección de vías urinarias diagnosticas por la clínica y el laboratorio de la institución

DIAGNÓSTICO DE LAS INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS		
	Frecuencia	Porcentaje
Por la clínica	13	17%
Por el laboratorio	64	83%
Total	77	100%

Fuente: Hoja recolectora de datos

Elaborado por: Wilman Benigno Calva Bereche

GRAFICO N° 2



Fuente: Hoja recolectora de datos

Elaborado por: Wilman Benigno Calva Bereche

Análisis: El 83% (n=64) de las adolescentes embarazadas se las diagnosticó por medio del laboratorio y el 17% por la clínica que manifestaron las pacientes

7. DISCUSIÓN

De las complicaciones obstétricas, a causa de la infección de vías urinarias; el 42% presentó Amenaza de Aborto como su principal complicación; 28% de las pacientes presentaron Amenaza de parto pretérmino; 6% corresponde a Trabajo de parto y Parto pretérmino y, Amenaza de parto inmaduro; con el 5% las pacientes presentaron Ruptura prematura de membranas. Según estudios realizados en Colombia por Cindy Gineth Silva Chávez, Juliana Pico García, con el tema: Complicaciones obstétricas asociadas a infección de vías urinarias en mujeres embarazadas atendidas en el servicio GINECO-OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL DE BOSA II NIVEL durante el 01 de enero del 2010 al 30 diciembre del 2011, de 215 casos; se registró complicación en 91 de los casos (42,3%), de los cuales 41 casos se asociaron a urocultivo positivo, siendo la complicación más frecuente la amenaza de aborto con el 25.27%, seguida de la amenaza de parto pretérmino con el 12.08%, el bajo peso con 5.49%, parto pretérmino 3.29% y el aborto 1.09% respectivamente.

En el Ecuador, Luis Francisco Cruz Torres, con el tema “Complicaciones en madres adolescentes primigestas con infección de vías urinarias. Hospital Velasco Ibarra 2010”, las complicaciones Gineco-obstétricas que presentaron las adolescentes primigestas con infección de vías urinarias, fueron múltiples destacando en mayor porcentaje el trabajo de parto pretérmino en el 49% de los casos, seguido de ruptura prematura de membranas 14%, aborto 3%, amenaza de aborto 11%. Comparando con nuestro trabajo las complicaciones más frecuentes que presentaron el grupo de estudio fueron Amenaza de Aborto con el 42% y el 28% presentaron Amenaza de parto pretérmino.

Yuliana Elizabeth Villa Hernández, 2013, presento el trabajo titulado, COMPLICACIONES DE INFECCIONES DE VIAS URINARIAS DURANTE EL EMBARAZO HOSPITAL GINECO- OBSTETRICO ENRIQUE SOTOMAYO, del 100% (112), de los casos de complicaciones con IVU durante el embarazo, el 5.4% fue aborto y el 55.4% fue amenaza de parto prematuro; comparando con nuestro estudio la amenaza de parto pretérmino es la segunda causa más frecuente.

En otro estudio realizado en la ciudad de Cuenca, con el tema COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL

SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL “HOMERO CASTANIER CRESPO” EN EL PERIODO ENERO - DICIEMBRE 2008, de 220 casos; se concluyó que el 30.91% de las embarazadas adolescentes presentó infección de vías urinarias, las complicaciones incluyen: amenaza de parto pretérmino en 10%, ruptura de membranas en el 4.87%, parto pretérmino en el 2.73%. Comparando con nuestro trabajo, la incidencia de la infección urinaria es del 83%; y la amenaza de parto pretérmino fue del 28%.

Según Jeanina Alexandra Sánchez Jaramillo, en su trabajo “FRECUENCIA DE INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS EN MUJERES EMBARAZADAS HOSPITALIZADAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA, la complicación que con mayor frecuencia se presentó en la población estudiada al realizarles fue la Amenaza de Parto Pre-termino con 18 casos (20,45%), seguido de Amenaza de Aborto con 10 casos (25,64%), Trabajo de parto Pretérmino con 7 casos (10,95%); Ruptura Prematura de Membranas con 4 casos (10,25%), en las pacientes ingresadas, concuerda con nuestro trabajo que las complicaciones obstétricas Amenaza de Aborto y Amenaza de Parto Pre-termino, son las frecuentes pero nosotros enfocamos en las primigestas. Patologías que potencialmente podrían haber sido identificadas, prevenibles y tratadas, de haber participado las adolescentes en un mejor control médico de su embarazo. Se debe trabajar con más énfasis e insistir en el beneficio para el binomio madre-hijo del control prenatal.

8. CONCLUSIONES

1. La complicación obstétrica más frecuente en el embarazo de la adolescente fue: la Amenaza de Aborto, la Amenaza de parto pretérmino, el trabajo de parto y parto pretérmino.
2. La complicación recidivante en las adolescentes embarazadas es la amenaza de aborto.
3. La forma de determinar la infección de vías urinaria en las adolescentes embarazadas fue por el laboratorio.

9. RECOMENDACIONES

- La mayor frecuencia de factores de riesgo se producen en las adolescentes embarazadas, es por ello que el personal médico debe informar sobre las complicaciones y riesgos que se presentan durante la vida gestacional, incentivando a que acudan a cada control médico para el bienestar materno-neonatal.
- Fomentar el uso de las guías del Ministerio de Salud Pública, en materia del embarazo adolescentes y la a infecciones urinarias, ponerlas en práctica diaria por parte del Médico y que las cumplan las embarazadas en cada control prenatal.
- En cuanto a las infecciones de vías urinarias, estas se pueden evitar educando de la forma correcta el buen aseo del área genital, evitar uso de ropa sintética y de presentar síntomas urinarios, acudir al médico para brindarle la asesoría necesaria para evitar complicaciones a futuro.

10. BIBLIOGRAFÍA

- A. Ochoa, J. Pérez Dettoma 2009. Amenaza de parto prematuro. Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis An. Sist. Sanit. Navar., Vol. 32, Suplemento 1 <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia3.pdf>
- Álvarez, G. Cruz, J. Garau, A. Marzo 2006. Infección Urinaria y Embarazo Diagnóstico y Terapéutica. Revista de Posgrado de la VI a Cátedra de Medicina. No 6. pp 155. 20-23. Colombia.
- Ariel Estrada-Altamirano, Ricardo Figueroa-Damián, Roberto Villagrana Zesati. Julio-Septiembre, 2010. Infección de vías urinarias en la mujer embarazada. Importancia del escrutinio de bacteriuria asintomática durante la gestación. Volumen 24, Número 3 pp 182-186. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip103e.pdf>
- Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. 2007. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO DURANTE EL EMBARAZO. Página 629. Capítulo 73.
- Carmona de la Morena, Javier. Alonso Moreno. Francisco Javier. Bacteriuria asintomática en la consulta de atención primaria. http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol32_2BactAsintAtenPrimaria.pdf
- Clotilde Vallejos Medic, María del Rosario López Villegas, Miguel Ángel Enríquez Guerra, Benito Ramírez Valverde. 2010. Prevalencia de infecciones de vías urinarias en embarazadas atendidas en el Hospital Universitario de Puebla. ENF INF MICROBIOL30 (4): 118-122.
- CONASA. 2008. Componente Normativo Materno. Ministerio de Salud Pública. Quito. pp. 58-64.
- Coordinación Médica de Salud Colombia, abril 2014, Guía de manejo de la Infección de Vías Urinarias en el Embarazo, disponible en: http://www.colombianadesalud.org.co/GUIAS_ATENCION_MEDICINA/Infeccion%20Urinaria%20en%20el%20Embarazo%20GUIA%20DE%20REFERENCIA%20CDS%202014.pdf
- Cunningham. Gary et.al. 2009. WILLIAMS. Obstetricia. pp 15 – 39; 1093 – 1111. 23ra. edición. México. .Mc Graw Hill.

- Diana Ugalde-Valencia, María Guadalupe Hernández-Juárez, Martha Adriana Ruiz-Rodríguez, Enrique Villarreal-Ríos. 2012. Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para parto pretérmino en adolescentes. REV CHIL OBSTETRICA GINECOLOGICA; 77(5): 338 – 341, disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/262749530> Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para parto pretermino en adolescentes.
- García Baños Luis Gustavo. 2012, Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer, Revista Cubana de Salud Pública 2012;38(2):238-245, <http://www.scielo.org/pdf/rcsp/v38n2/spu06212.pdf>
- González-Merlo J., Laílla Vicens J.M., Fabre González E., González Bosquet E. 2013. Obstetricia de Merlo. Capítulo 36.6. Enfermedades Nefrológicas. 6. edición. Editorial Elsevier.
- González Rivera Ana Catalina, 2011. Amenaza de Aborto. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica Ixviii (599) 495-498. disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/599/art19.pdf>.
- Hacker y Moore. 2011. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. 5ta. Edición. p 146. México. Manual Moderno.
- Hoffman Bárbara L. et.al. 2012. WILLIAMS. Ginecología, 2da. edición. pp 90-95 México, Mc Graw Hill.
- Hurtado Ibarra, K. Rodríguez Cuadro, D. Navarro Manotas, E. Camacho Castro, C. Nieves Vanegas, S. 2014. Análisis de los factores de riesgo de bajo peso al nacer a partir de un modelo logístico polinómico, Prospect. Vol. 13, No. 1, Enero - Junio de 2015, págs. 76-85, Costa Rica <http://www.scielo.org.co/pdf/prosp/v13n1/v13n1a09.pdf>
- López M, Cobo T, Palacio M, Gonce A. Junio 2012. PROTOCOLS MEDICINA FETAL I PERINATAL SERVEI DE MEDICINA MATERNOFETAL – ICGON – HOSPITAL CLÍNIC BARCELONA.. Disponible en: https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/infecciones%20urinarias%20y%20gestaci%F3n.pdf
- Maroto Martín. M^a Teresa. 21/11/2013. PATOLOGÍA URINARIA Y EMBARAZO. INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN LA EMBARAZADA. http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetri

cia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2013/clase2013_patologia_urinaria_y_embarazo.pdf.

Ministerio de Salud Pública, 2013. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente, Guía de Práctica Clínica, página 15.

Normas y Procedimientos de Atención Integral de Salud a Adolescentes 2009. Ministerio de Salud Pública, página 33, disponible en: <https://es.scribd.com/doc/75990028/Normas-y-Procedimientos-de-Atencion-Integral-de-Salud-a-Adolescentes-2009>

Rodríguez Gázquez, María de los Ángeles. enero-junio, 2008. Factores de riesgo para embarazo adolescente Medicina UPB, Universidad Pontificia Bolivariana pp. 47-58. .Medellín, Colombia, vol. 27, núm. 1.

Quirós González Gabriela, Alfaro Piedra Raúl, Bolívar Porras Mariela, Solano Tenorio Natalia, 2016 Amenaza de Parto Pretérmino. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr161h.pdf>.

Sánchez de La Cruz EB. 2011. Ginecología Infantojuvenil. p 351.1 ed. Buenos Aires. Editorial Panamericana.

Testa, Roberto. (2011). Ginecología. Fundamentos para la práctica clínica médica. Editorial Panamericana, capítulo 20, Aborto espontaneo.

Valdivies González Milagros, González Reyes Yanet, octubre, 2015. EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA COMO PRINCIPAL RIESGO OBSTÉTRICO Y PERINATAL EN EL ECUADOR. Tomado del III Congreso Científico Internacional Uniandes. Ambato. Disponible en: <http://www.uniandes.edu.ec/web/wp-content/uploads/2016/04/El-embarazo-en-la-adolescencia-como-principal-riesgo-.pdf>

Voto. Liliana S. Valenti, Eduardo A. - Mayo 2014. Parto pretérmino. Volumen 13 - Nº 1. [http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso Part0 Pretermino.pdf](http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Part0 Pretermino.pdf).

11. ANEXOS

Anexo N°1. Hoja Recolectora de Datos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

“Complicaciones obstétricas en adolescentes embarazadas primigestas con infección de vías urinarias atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora en la ciudad de Loja durante el periodo marzo-agosto de 2015”

Historia clínica: _____

Formulario N.: _____

Edad

Durante el embarazo ha presentado alguna de las siguientes patologías:

	Clínica	Laboratorio
• Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Infección de Vías Urinarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Infecciones Vaginales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El cuadro de infecciones de vías urinarias, lo presento por primera vez o es recidivante

- 1ra vez
- 2da vez
- 3ra vez

Tipo de Infección de Vías Urinarias presentó durante el embarazo

- Bacteriuria Asintomática
- Cistitis Aguda
- Pielonefritis Aguda

Complicaciones Obstétricas asociadas a la Infección de Vías Urinarias

- | | 1ra vez | recidivante |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Amenaza de aborto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Aborto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ruptura prematura de Membrana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Amenaza de parto inmaduro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Amenaza de parto pretérmino | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Parto pre término | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sin complicaciones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Anexo N°.2. Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es dirigida por Wilman Benigno Calva Bereche, estudiante de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja. El objetivo de este estudio es conocer las **“COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS PRIMIGESTAS CON INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA EN LA CIUDAD DE LOJA DURANTE EL PERIODO MARZO-AGOSTO DE 2015”**

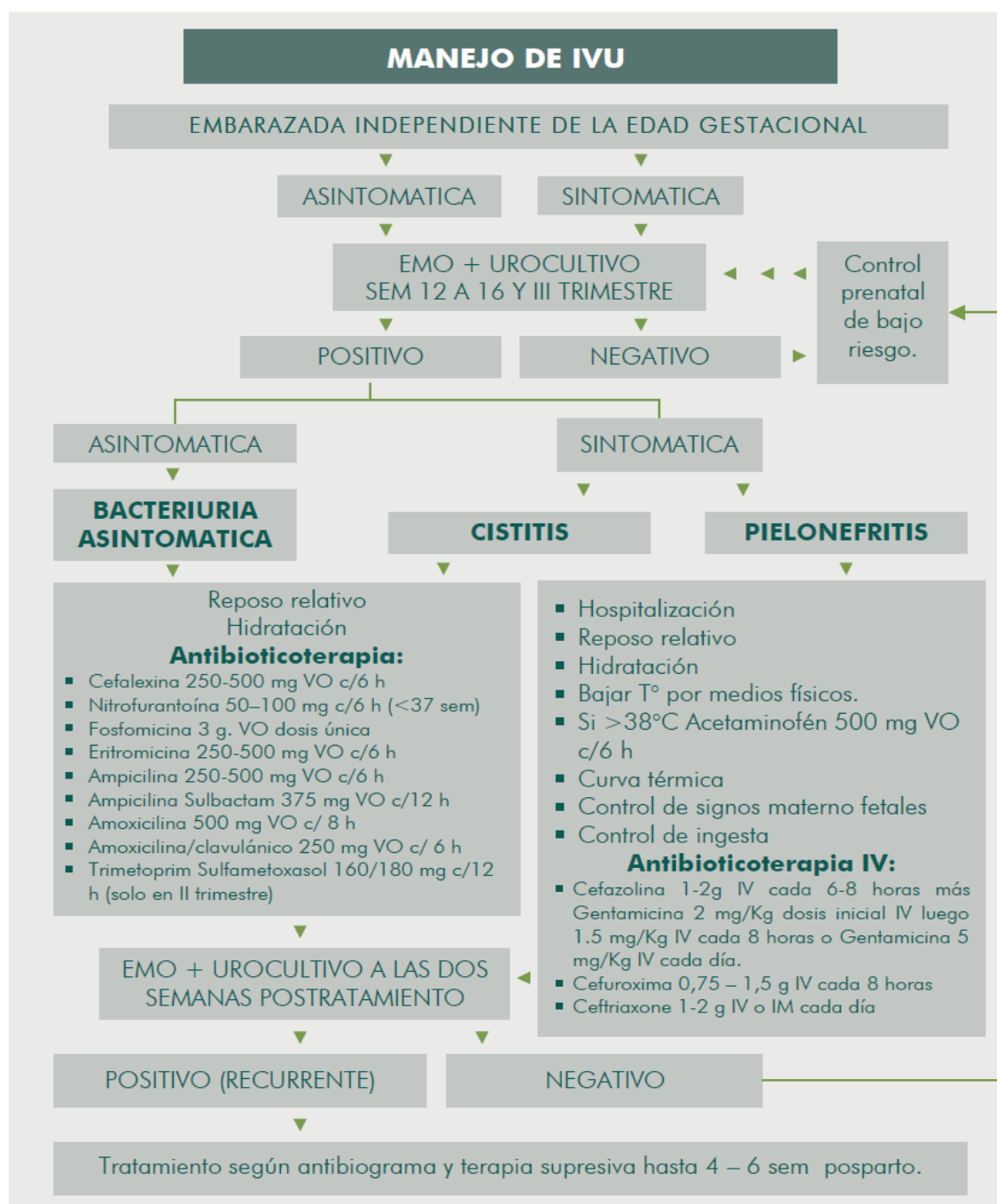
Si usted accede a participar en este estudio se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuese según el caso). Esto tomara aproximadamente 5 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usara para ningún otro propósito aparte de los de la investigación. Sus respuestas al cuestionario serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en el.

Agradezco su participación.

Anexo N°3. Flujoograma de Manejo y Toma de decisiones del Componente Normativo Materno del MSP



Anexo N°4 Socialización de los resultados obtenidos del Trabajo de Tesis







UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

TITULACIÓN DE INGLÉS

Gabriel Ulpiano García Torres, SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA,

CERTIFICA:

Que LEIDY EUFEMIA PEREZ SANMARTIN, con documento de identificación número 1104385669, se encuentra matriculado/a en la carrera de INGLÉS de la Universidad Técnica Particular de Loja, en el período académico Abril/2016-Agosto/2016.

Loja, 26 de abril de 2016

Certificado emitido por ventanilla electrónica UTPL

PRESENCIAL-LOJA
INGLÉS UTPL-ECTS 1C
CMAE1101636

[DESDE AQUÍ EN BLANCO HASTA LA FIRMA]



Mgr. Gabriel Ulpiano García Torres
SECRETARIO GENERAL



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

PROYECTO DE TESIS

AUTOR: WILMAN CALVA

LOJA-ECUADOR

TEMA

**“COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS
PRIMIGESTAS CON INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS ATENDIDAS EN EL
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA EN
EL PERIODO MARZO-AGOSTO DE 2015”**

PROBLEMÁTICA

Las infecciones de vías urinarias en mujeres embarazadas son un grave problema de salud pública a nivel mundial, es la segunda patología más frecuente de origen infeccioso después de las relacionadas con las vías respiratorias. En mujeres, este tipo de infección representa la cuarta causa más común de consulta en los servicios de urgencias.

Su incidencia, por sexo, es de 9 mujeres por un varón, la anatomía del aparato urinario femenino y masculino difieren sustancialmente, ya que la uretra femenina es muy corta 3.5 cm y un diámetro máximo de 7 mm, es vecina con la vagina y el recto (donde se albergan diferentes tipos de gérmenes aerobios y anaerobios) por lo que la uretra femenina es muy susceptible de ser invadida con frecuencia.

Las principales complicaciones a las que se enfrenta una mujer con infección de vías urinarias son: amenaza de parto pretérmino, parto pretérmino, ruptura prematura de membrana, amenaza de aborto, aborto, y si no es tratada puede dar un fallo renal, entre otras.

Las diferentes formas clínicas de infección de vías urinarias, se encuentran ampliamente asociadas a complicaciones durante el período gestacional, entre las más frecuentes se encuentran: amenaza de aborto, parto pretérmino, amenaza de parto pretérmino, aborto y bajo peso al nacer; como lo indica diversos estudios realizados, como ejemplo se toma el trabajo realizado por los investigadores Mazor-Dray en el 2009 y Sheffield 2005, que ampliamente relacionan complicaciones como restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) partos pretérmino, ya sea antes de las 34 semanas o 37 semanas de gestación

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

En el Ecuador, cerca de dos millones y medio de adolescentes entre 10 y 19 años representan 20% del total de la población. La tendencia de la fecundidad ha aumentado en la última década, y oscila alrededor de 100 nacimientos por cada mil mujeres. En el Ecuador dos de cada tres adolescentes de 15-19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez, y es en este grupo de edad en donde se predispone con mayor porcentaje y frecuencia a las infecciones urinarias. Las proporciones de maternidad adolescente son hasta cuatro veces más altas entre las que no tienen educación (43%), comparadas con las de niveles educativos más altos (11% con secundaria completa).

A pesar de estar en el siglo XXI, la frecuencia de embarazos en adolescentes y sus complicaciones obstétricas en nuestro país continúa siendo extremadamente elevado, teniendo como antecedente que la mayoría de estos embarazos pueden evitarse con educación a la juventud y servicios sanitarios eficaces y oportunos; por lo tanto la reducción de las complicaciones obstétricas dependerán de poder mejorar los servicios de salud de las maternas.

Ante todo esto, consideramos que resultó importante realizar la investigación, para relevar la frecuencia de las complicaciones obstétricas que podrían presentarse en las adolescentes; tales como aborto, parto prematuro, rotura prematura de membranas, esta investigación tiene importancia social, por que motiva a buscar alternativas de solución al problema en el medio profesional, determinar la calidad de atención a las mujeres embarazadas que presentan complicaciones obstetricias y que su causa sea las infecciones de vías urinarias, con acciones que contribuyan a satisfacer las necesidades de las pacientes que acuden a esta casa de salud, haciendo énfasis sobre todo en la importancia de los controles prenatales.

Por ello, de todo lo anteriormente mencionado, se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las complicaciones obstétricas en las Adolescentes Embarazadas Primigestas con Infección de Vías Urinarias, atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora de Loja, durante el periodo Marzo-Agosto del 2015?

JUSTIFICACIÓN

La infección del tracto urinario es un problema de salud pública a nivel Mundial; y durante la gestación es una de las patologías que más frecuentemente aparece. Su importancia radica en que representa un riesgo para el bienestar materno fetal, es considerada una de las principales causas de morbilidad materno fetal por las complicaciones que causa (aborto, parto pretérmino, amenaza de aborto, ruptura de membranas, etc.)

A pesar de estar en el siglo XXI, la frecuencia de embarazos en adolescentes y sus complicaciones obstétricas en nuestro país continúa siendo extremadamente elevado, teniendo como antecedente que la mayoría de estos embarazos pueden evitarse con educación a la juventud y servicios sanitarios eficaces y oportunos; por lo tanto la reducción de las complicaciones obstétricas dependerán de poder mejorar los servicios de salud de las maternas.

La presente investigación tiene importancia social, por que motiva a buscar alternativas de solución al problema en el medio profesional, determinar la calidad de atención a las mujeres embarazadas que presentan complicaciones obstetricias y que su causa sea las infecciones de vías urinarias, con acciones que contribuyan a satisfacer las necesidades de las pacientes que acuden a esta casa de salud, haciendo énfasis sobre todo en la importancia de los controles prenatales.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar las complicaciones obstétricas en adolescentes embarazadas primigestas con infección de Vías Urinarias atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora durante el periodo Marzo-Septiembre del 2015.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar la frecuencia de las adolescentes embarazadas primigestas con Infección de Vías Urinarias determinadas mediante laboratorio clínico.
- Determinar las complicaciones obstétricas en las adolescentes primigestas embarazadas.
- Socializar los resultados con el grupo de estudio.

ESQUEMA DEL MARCO TEORICO

1. GENERALIDADES

- 1.1. Epidemiología
- 1.2. Adolescencia temprana
- 1.3. Adolescencia media
- 1.4. Adolescencia tardía.
- 1.5. Embarazo Adolescente
- 1.6. Factores de riesgos

2. INFECCION DE VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO.

- 2.1. Epidemiología
- 2.2. Etiología
- 2.3. Clasificación
 - 2.3.1. Infección de vías urinarias asintomáticas
 - 2.3.2. Infección de vías urinarias sintomáticas
 - Cistitis Aguda
 - Pielonefritis Aguda

3. COMPLICACIONES OBSTETRICAS.

- 3.1. Amenaza de parto pretérmino
- 3.2. Parto pretérmino
- 3.3. Bajo peso al nacer
- 3.4. Amenaza de aborto.
- 3.5. Aborto

METODOLOGIA

Localización y temporalización

- **Localización:** servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora
- **Temporización:** periodo Marzo-Agosto del 2015

Tipo de investigación

La investigación de acuerdo al problema y objetivos que se plantea es de tipo cuantitativo, descriptivo-transversal.

Universo y muestra

- **Universo:** adolescentes embarazadas primigestas ingresadas al servicio de Ginecología del Hospital Isidro Ayora
- **Muestra:** adolescentes embarazadas primigestas con diagnóstico de Infección de Vías Urinarias

Criterios de inclusión y exclusión

- **Criterios de inclusión:**
 - Adolescentes de 11-19 años embarazadas primigestas con infección de vías urinarias.
 - Pacientes que acepten formar parte del estudio (consentimiento informado y firmado)
- **Criterios de exclusión:**
 - Adolescentes multíparas
 - Mujeres de más de 19 años de edad
 - Adolescentes que no acepten ser parte del estudio.

Análisis de la información

Se ingresarán los datos obtenidos en una hoja de recolección de datos y posteriormente en una base de datos. Luego se hará un análisis cuantitativo de los resultados para responder a los objetivos planteados y obtener los resultados esperados.

Instrumentos de recolección de datos

Hojas de recolección de datos, base de datos de programa estadístico, hojas de Excel, y tabulación por métodos gráficos

Técnicas de Investigación.

- La observación se realizó en el servicio de Ginecología del Hospital Isidro Ayora.
- La orientación recibida por parte de los tutores de la Práctica Hospitalaria.
- Historias Clínicas para levantar la información documental.
- A través de bibliografía e internet.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Dimensiones	Indicadores	Escala
Complicaciones Obstétricas por IVU	Disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto, asociado a patologías producidas por Infección de vías urinarias que producen riesgo materno-fetal.	Amenaza de aborto Aborto Ruptura de membranas Parto pre término	-si presente -no presente -si presente -no presente -si presente -no presente -si presente -no presente	<20 semanas >20 semanas <20 semanas >20 semanas <20 semanas >20 semanas <20 semanas >20 semanas
Infección de Vías Urinarias en el embarazo	Es una enfermedad infecciosa que está asociada a factores socio-culturales y factores biológicos que afecta a las vías urinarias.	Signos y síntomas Exámenes complementarios	Disuria -Biometría hemática -EMO	Si presente No presente

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

2015												
N ^a	Actividades	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
1	Elaboración del tema de investigación											
2	Aprobación del tema de investigación											
3	Elaboración de proyecto de investigación.											
4	Revisión del proyecto y pertinencia del mismo.											
5	Asignación de Director de Tesis											
6	Elaboración del marco teórico											
7	Recolección de datos											

Anexo N°1. Hoja Recolectora de Datos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

“Complicaciones obstétricas en adolescentes embarazadas primigestas con infección de vías urinarias atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora en la ciudad de Loja durante el periodo marzo-agosto de 2015”

Historia clínica: _____

Formulario N.: _____

Edad

Durante el embarazo ha presentado alguna de las siguientes patologías:

	Clínica	Laboratorio
• Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Infección de Vías Urinarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Infecciones Vaginales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El cuadro de infecciones de vías urinarias, lo presento por primera vez o es recidivante

- 1ra vez
- 2da vez
- 3ra vez

Tipo de Infección de Vías Urinarias presentó durante el embarazo

- Bacteriuria Asintomática
- Cistitis Aguda
- Pielonefritis Aguda

Complicaciones Obstétricas asociadas a la Infección de Vías Urinarias

- | | 1ra vez | recidivante |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Amenaza de aborto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Aborto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ruptura prematura de Membrana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Amenaza de parto inmaduro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Amenaza de parto pretérmino | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Parto pre término | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sin complicaciones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Anexo N°.2. Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA ÁREA DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE MEDICINA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es dirigida por Wilman Benigno Calva Bereche, estudiante de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja. El objetivo de este estudio es conocer las **“COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS PRIMIGESTAS CON INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA EN LA CIUDAD DE LOJA DURANTE EL PERIODO MARZO-AGOSTO DE 2015”**

Si usted accede a participar en este estudio se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuese según el caso). Esto tomara aproximadamente 5 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usara para ningún otro propósito aparte de los de la investigación. Sus respuestas al cuestionario serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en el.

Agradezco su participación.

BIBLIOGRAFIA

- A. Ochoa, J. Pérez Dettoma 2009. Amenaza de parto prematuro. Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis An. Sist. Sanit. Navar., Vol. 32, Suplemento 1 <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia3.pdf>
- Álvarez, G. Cruz, J. Garau, A. Marzo 2006. Infección Urinaria y Embarazo Diagnóstico y Terapéutica. Revista de Posgrado de la VI a Cátedra de Medicina. No 6. pp 155. 20-23. Colombia.
- Ariel Estrada-Altamirano, Ricardo Figueroa-Damián, Roberto Villagrana Zesati. Julio-Septiembre, 2010. Infección de vías urinarias en la mujer embarazada. Importancia del escrutinio de bacteriuria asintomática durante la gestación. Volumen 24, Número 3 pp 182-186. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip103e.pdf>
- Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. 2007. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO DURANTE EL EMBARAZO. Página 629. Capítulo 73.
- Carmona de la Morena, Javier. Alonso Moreno. Francisco Javier. Bacteriuria asintomática en la consulta de atención primaria. http://www.mssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol32_2BactAsintAtenPrimaria.pdf
- Clotilde Vallejos Medic, María del Rosario López Villegas, Miguel Ángel Enríquez Guerra, Benito Ramírez Valverde. 2010. Prevalencia de infecciones de vías urinarias en embarazadas atendidas en el Hospital Universitario de Puebla. ENF INF MICROBIOL30 (4): 118-122.
- CONASA. 2008. Componente Normativo Materno. Ministerio de Salud Pública. Quito. pp. 58-64.
- Coordinación Médica de Salud Colombia, abril 2014, Guía de manejo de la Infección de Vías Urinarias en el Embarazo, disponible en: http://www.colombianadesalud.org.co/GUIAS_ATENCION_MEDICINA/Infeccion%20Urinaria%20en%20el%20Embarazo%20GUIA%20DE%20REFERENCIA%20CDS%202014.pdf
- Cunningham. Gary et.al. 2009. WILLIAMS. Obstetricia. pp 15 – 39; 1093 – 1111. 23ra. edición. México. .Mc Graw Hill.

- Diana Ugalde-Valencia, María Guadalupe Hernández-Juárez, Martha Adriana Ruiz-Rodríguez, Enrique Villarreal-Ríos. 2012. Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para parto pretérmino en adolescentes. REV CHIL OBSTETRICA GINECOLOGICA; 77(5): 338 – 341, disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/262749530> Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para parto pretermino en adolescentes.
- García Baños Luis Gustavo. 2012, Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer, Revista Cubana de Salud Pública 2012;38(2):238-245, <http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v38n2/spu06212.pdf>
- González-Merlo J., Laílla Vicens J.M., Fabre González E., González Bosquet E. 2013. Obstetricia de Merlo. Capítulo 36.6. Enfermedades Nefrológicas. 6. edición. Editorial Elsevier.
- González Rivera Ana Catalina, 2011. Amenaza de Aborto. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica lxxviii (599) 495-498. disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/599/art19.pdf>.
- Hacker y Moore. 2011. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. 5ta. Edición. p 146. México. Manual Moderno.
- Hoffman Bárbara L. et.al. 2012. WILLIAMS. Ginecología, 2da. edición. pp 90-95 México, Mc Graw Hill.
- Hurtado Ibarra, K. Rodríguez Cuadro, D. Navarro Manotas, E. Camacho Castro, C. Nieves Vanegas, S. 2014. Análisis de los factores de riesgo de bajo peso al nacer a partir de un modelo logístico polinómico, Prospect. Vol. 13, No. 1, Enero - Junio de 2015, págs. 76-85, Costa Rica <http://www.scielo.org.co/pdf/prosp/v13n1/v13n1a09.pdf>
- López M, Cobo T, Palacio M, Goncé A. Junio 2012. PROTOCOLS MEDICINA FETAL I PERINATAL SERVEI DE MEDICINA MATERNOFETAL – ICGON – HOSPITAL CLÍNIC BARCELONA.. Disponible en: https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/infecciones%20urinarias%20y%20gestaci%F3n.pdf
- Maroto Martín. M^a Teresa. 21/11/2013. PATOLOGÍA URINARIA Y EMBARAZO. INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN LA EMBARAZADA. http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obst

etricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2013/clase_2013_patologia_urinaria_y_embarazo.pdf.

Ministerio de Salud Pública, 2013. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente, Guía de Práctica Clínica, página 15.

Normas y Procedimientos de Atención Integral de Salud a Adolescentes 2009. Ministerio de Salud Pública, página 33, disponible en: <https://es.scribd.com/doc/75990028/Normas-y-Procedimientos-de-Atencion-Integral-de-Salud-a-Adolescentes-2009>

Rodríguez Gázquez, María de los Ángeles. enero-junio, 2008. Factores de riesgo para embarazo adolescente Medicina UPB, Universidad Pontificia Bolivariana pp. 47-58. .Medellín, Colombia, vol. 27, núm. 1.

Quirós González Gabriela, Alfaro Piedra Raúl, Bolívar Porras Mariela, Solano Tenorio Natalia, 2016 Amenaza de Parto Pretérmino. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr161h.pdf>.

Sánchez de La Cruz EB. 2011. Ginecología Infantojuvenil. p 351.1 ed. Buenos Aires. Editorial Panamericana.

Testa, Roberto. (2011). Ginecología. Fundamentos para la práctica clínica médica. Editorial Panamericana, capítulo 20, Aborto espontaneo.

Valdivies González Milagros, González Reyes Yanet, octubre, 2015. EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA COMO PRINCIPAL RIESGO OBSTÉTRICO Y PERINATAL EN EL ECUADOR. Tomado del III Congreso Científico Internacional Uniandes. Ambato. Disponible en: <http://www.uniandes.edu.ec/web/wp-content/uploads/2016/04/El-embarazo-en-la-adolescencia-como-principal-riesgo-.pdf>

Voto. Liliana S. Valenti, Eduardo A. - Mayo 2014. Parto pretérmino. Volumen 13 - N° 1. http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Parto_Pretermino.pdf.