UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE MEDICO CIRUJANO

TEMA:

INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO EN USUARIAS DE 15 A 30 AÑOS EN EL HOSPITAL BÁSICO BABA.

AUTORES:

HERNÁNDEZ NEGRETE ANDREA

VILLACRESES CHILAN MARÍA JOSÉ

2016

TEMA:

INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO EN USUARIAS DE 15 A 30 AÑOS EN EL HOSPITAL BÁSICO BABA.

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de Titulación, con el cual se cambia una parte muy importante de mi vida, a Dios quien me dio la fortaleza de seguir adelante y guiar por buen sendero mi camino.

A mi madre, por ser un ejemplo a seguir y por todo el apoyo incondicional, por guiarme y siempre estar a mi lado. A mi padre, por esas palabras de fuerza, de motivación, pero sobre todo por el inmenso a amor que me profesa y el enseñarme, que si las cosas se hacen con amor, el valor es mucho más grande.

A mis Hermanas porque siempre me estuvieron apoyando en todo el momento que necesitaban y tenerme mucha paciencia

Hernández Negrete Andrea Carolina

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios por haberme dado la vida y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional, a mi padre por ser mi pilar más importante y demostrarme siempre su cariño y enseñarme que todo lo que uno se propone en la vida si luchas por ello puede ser posible si realmente lo quieres.

A mis Tías, a quienes quiero mucho como unas madres, por compartir momentos significativos conmigo y por siempre estar dispuestas a escucharme y ayudarme en cualquier momento. A mi madre, a pesar de nuestra distancia física, siento que a veces estás conmigo y aunque nos faltaron muchas cosas por vivir juntas, siento que hubiera sido importante su presencia conmigo en todo momento.

Y a todos aquellos que de alguna manera no creyeron en mí, porque cada una de sus palabras y de su manera de ser, de creerse superior al otro me dio fuerzas para nunca dejarme rendirme y seguir cada día superándome.

Villacreses Chilan María José

AGRADECIMIENTO

A medida que hemos cumplido nuestros objetivos trazados, no podemos dejar de expresar gratitud a aquellos que siempre estuvieron a nuestro lado. Por eso, agradecemos a:

A Dios, motor de la existencia humana, por permitirnos llegar hasta donde estamos, y seguir dándonos fortaleza para cumplir muchas metas.

A la Universidad Técnica de Manabí, a sus autoridades, directivos y personal en general.

A nuestra tutora de tesis, Dra. Carolina Moreira Mejía, por su acertada labor, por su comprensión y ayuda en todo el trabajo investigativo.

Al Hospital Básico Baba por apoyarnos en nuestro trabajo de titulación.

Hernández Negrete Andrea

Villacreses Chilan María José

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Certifico que el presente trabajo de investigación titulado **"INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO EN USUARIAS DE 15 A 30 AÑOS EN EL HOSPITAL BÁSICO BABA."** Ha sido estructurado bajo mi dirección y seguimiento, alcanzado mediante el esfuerzo, dedicación y perseverancia de los autores **HERNÁNDEZ NEGRETE ANDREA y VILLACRESES CHILAN MARÍA JOSÉ**. Habiendo cumplido con los requisitos y reglamentos exigidos para la elaboración de un trabajo previo a la obtención del título de médico cirujano.

Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.

Pongo a consideración del jurado examinar del Honorable Consejo Directivo para continuar con el trámite correspondiente de ley.

Dra. Moreira Meina Carolina M
MÉDICO GENERAL DE PRIMER
NIVEL DE ATENCIÓN
Reg. MSP 0941134876
LICENCIA FOLIO 5070 NO 0941

DRA. CAROLINA MARIANELA MOREIRA MEJÍA

TUTORA

DECLARACIÓN SOBRE DERECHOS DEL AUTOR

Las Egresadas de la Universidad Técnica de Manabí, Facultad Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina, Hernández Negrete Andrea y Villacreses Chilan María José que realizaron el presente trabajo de investigación titulado: "**INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO EN USUARIAS DE 15 A 30 AÑOS EN EL HOSPITAL BÁSICO BABA"** declaramos que este trabajo es original y no copia de ningún otro estudio y asumimos todo tipo de responsabilidad que la ley lo señala para el efecto.

HERNÁNDEZ NEGRETE ANDREA CAROLINA

VILLACRESES CHILAN MARÍA JOSÉ

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

TEMA:

INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO EN USUARIAS DE 15 A 30 AÑOS EN EL HOSPITAL BÁSICO BABA", el trabajo de investigación ha sido sometido a consideración del honorable consejo directivo, requisito previo a la obtención del título de:

MEDICO CIRUJANO

APROBADO

Dra. Yira Vasquez Giler Mg. Sc.
DECANA DE LA FACULTAD
DE CIENCIAS DE LA SALUD

Lcda. Miriam Barreto Rosado Mgs
PRESIDENTA DE LA COMISION
DE TITULACION DE LA FCS

Ab. Abner Bello Molina
SECRETARIO ASESOR JURIDICO (E)
DE LA FCS

Dra. Moreira Mejia Carolina M
MEDICO GENERAL DE PRIMER
NIVEL DE ATENCION
Reg. MSP 0994134876
LIBRO FOLIO 9070 NO 8941

Dra. Carolina Marianela Moreira Mejia
TUTORA DEL TRABAJO DE
INVESTIGACION

Dr. César Fidel Mendoza Mendoza
GINECÓLOGO - OBSTETRA
L:3B F:46 N°. 137
CMM. 1112 N°. 13-08-0120-09

Dr. Fidel Mendoza Mendoza
REVISOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

ÍNDICE

TEMA: I

DEDICATORIA II

DEDICATORIA III

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN ..... **¡Error! Marcador no definido.**

DECLARACIÓN SOBRE DERECHOS DEL AUTOR ..... **¡Error! Marcador no definido.**

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN VI

ÍNDICE 0

RESUMEN 1

SUMMARY 3

INTRODUCCIÓN 5

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 7

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 9

ANTECEDENTES 10

JUSTIFICACIÓN 11

OBJETIVO: 13

Objetivo General: 13

Objetivo Específico: 13

MARCO TEÓRICO 14

INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO 14

VÍAS DE INFECCIÓN URINARIA 14

MECANISMO DE DEFENSA DE INFECCIONES URINARIAS 15

FISIOPATOLOGÍA 15

Factores mecánicos 16

Factores hormonales 16

Factores funcionales 17

Factores de riesgo 18

COMPLICACIONES DE LA INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS 18

AMENAZA DE ABORTO 19
ABORTO 19
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA 20
AMENAZA DE PARTO PREMATURO. 20
COMPLICACIONES FETALES 21
PARTO PREMATURO 21
BAJO PESO AL NACER 21
RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO 22
SEPSIS NEONATAL.....23
ETIOLOGÍA 24
FORMAS CLÍNICAS 25
BACTERIURIA ASINTOMÁTICA: 25
CISTITIS:.....25
PIELONEFRITIS 26
DIAGNOSTICO DE BACTERIURIA ASINTOMÁTICA 26
CISTITIS.....27
TRATAMIENTO 28
Tratamiento de la bacteriuria asintomática y de la cistitis 29
Tratamiento de la pielonefritis aguda 30
DISEÑO METODOLÓGICO 32
ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.....35
VARIABLES 36
OPERALIZACION DE LAS VARIABLES: MUJERES EMBARAZADAS.....37
OPERALIZACION DE LAS VARIABLES: Infecciones de las Vías Urinarias 39
CRONOGRAMA VALORADO.....41
RESULTADOS Y ANÁLISIS 42
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 64
CONCLUSIONES: 64
RECOMENDACIONES: 66
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....67
ANEXOS 69

RESUMEN

En el presente trabajo de titulación en el cual se realizó en el cantón Baba Provincia de los Ríos, el objetivo fue realizar un estudio retrospectivo y exploratorio para establecer Las Infecciones de vías urinarias en el embarazo en usuarias de 15 a 30 años en el Hospital Básico Baba, en la que se investigó los resultados obtenidos.

Las infecciones de vías urinarias en el embarazo corresponden una de las causas de muertes maternas en todo el mundo y con ello las complicaciones que podrían afectar tanto a la madre como al producto. Por lo que se recomienda controles prenatales a la madre en los establecimientos de primer nivel.

La población de estudio fueron 149 pacientes con Infecciones de vías urinarias en el embarazo en las cuales se obtuvieron que las edades con mayor frecuencia sean de 15 a 20 años. Las principales manifestaciones clínicas fueron Dolor Pélvico, Leucorrea y disuria la mitad de ellos presentó Poliuria y Dolor lumbar, el que menos se presenta dolor suprapúbico, vomito, cefalea, polaquiuria, escalofríos, deposiciones diarreicas y fiebre. Las IVU en las usuarias se presentó en su mayoría entre 1 a 2 controles durante su periodo de gestación. El mayor porcentaje de usuarias provino de la zona rural.

Los principales antecedentes gineco-obstetricos que se presentaron con mayor frecuencia fue el parto seguido de la cesárea y en menor frecuencia fue el aborto. Las complicaciones con mayor frecuencia fue la Amenaza de aborto y las principales manifestaciones clínicas que presentaron con mayor frecuencia son metrorragia y dolor en el hipogastrio Mientras que los tipos de gérmenes de mayor frecuencia es la Escherichia Coli.

En los tipos de Infecciones de vías urinarias en el embarazo predomino la cistitis seguido por la pielonefritis.

Entre los exámenes de laboratorio más utilizados es el EMO, mientras que los tipos de tratamiento más importante luego del urocultivo con mayor frecuencia es la Nitrofurantoina y en menor frecuencia la fosfomicina.

Mientras que las complicaciones que se presentaron en los recién nacidos los de mayor frecuencia son los Partos Prematuros y con menor frecuencia se presentó el Retardo de Crecimiento Intrauterino, no se obtuvieron más datos debido que los demás fueron transferidos a Hospitales de mayor complejidad.

Palabras Claves: Infecciones de Vías Urinarias en el embarazo, controles prenatales

SUMMARY

The objective of this study was to carry out a retrospective and exploratory study to establish Urinary Tract Infections in pregnancy in users aged 15 to 30 years in the Basic Hospital Baba, in which the results were investigated.

Urinary tract infections in pregnancy are one of the causes of maternal deaths worldwide and with it complications that could affect both the mother and the product. Therefore, prenatal controls are recommended to the mother in the first level establishments.

The study population was 149 patients with Urinary Tract Infections in pregnancy in which the ages were most frequently found to be 15 to 20 years. The main clinical manifestations were Pelvic Pain, Leukorrhea and dysuria. Half of them presented Polyuria and Lumbar pain, which presents less suprapubic pain, vomiting, headache, pollakiuria, chills, diarrheal stools and fever. The UTIs in the users were mostly between 1 and 2 controls during their gestation period. The highest percentage of users came from the rural area.

The main gynecological obstetric history that occurred most frequently was the delivery followed by cesarean section and less frequently was abortion. The most frequent complications were the Threat of Abortion and the main clinical manifestations they presented most frequently are metrorrhagia and pain in the hypogastrium. While the most frequent types of germs are Escherichia coli.

In the types of urinary tract infections in pregnancy, cystitis followed by pyelonephritis predominated.

The most commonly used laboratory tests are blood culture, while the most important types of treatment after urine culture are Nitrofurantoin and less frequent fosfomycin.

While the complications that occurred in the newborns the most frequent are Premature Births and the less frequently was the Intrauterine Growth Retardation, no more data were obtained because the others were transferred to Hospitals of greater complexity.

Key Words: Urinary Tract Infections in Pregnancy, Prenatal Controls

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de vías urinarias son las infecciones bacterianas más frecuentes en la población. El sexo femenino resulta la más afecta debido a su estructura anatómica siendo las infecciones de vías urinarias una de las más importantes, especialmente durante la gestación estas complicaciones pasan generalmente desapercibidas debida a la poca vigilancia médica de la mujer gestante, su importancia radica en que pueden repercutir tanto en la salud materna, como la evolución del embarazo (parto pretérmino, bajo peso al nacer, infección y aumento de la mortalidad perinatal)

Los microorganismos involucrados son principalmente las enterobacterias, entre las cuales están: Echerichia coli, Klebsiella sp, Proteus mirabilis y Enterobacter sp. Además, hay algunos cocos Grampositivo que son agentes etiológicos frecuentes, como Staphylococcus saprophyticus y Enterococcus fecalis.

Las mujeres embarazadas desarrollan de manera fácil infecciones de vías urinarias (IVU) debido a cambios funcionales, hormonales y anatómicos, además de la localización del meato uretral expuesto a bacterias uropatógenas y de vagina que acceden al tracto urinario. Echerichia coli es el patógeno más frecuentemente aislado en IVU durante el embarazo.

Uno a veintinueve por ciento de los embarazos se complica por una infección urinaria, siendo una de las complicaciones médicas más comunes de la gestación, que corresponde a 10% de las admisiones hospitalarias durante este periodo.

El embarazo por sí mismo no incrementa la prevalencia de estas infecciones, pero si incrementa la incidencia de infecciones sintomáticas, particularmente de la pielonefritis aguda

La incidencia de pielonefritis es más alta al final del segundo trimestre y en el tercer trimestre, debido a los mayores cambios hormonales hacia el final de la gestación. Su incidencia se estima en 5-10% de todos los embarazos.

Los factores de riesgo para la bacteriuria e infecciones de las vías urinarias en el embarazo son: anomalías del tracto urinario, antecedentes de IVU recurrentes, anomalías funcionales del tracto urinario, retención urinaria neurogénica, diabetes mellitus, condiciones socioeconómicas bajas, paridad, actividad sexual y sickle-cell-trait.

Las complicaciones principales que se enfrenta una mujer con infección de vías urinarias; amenaza de parto pretérmino, parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, amenaza de aborto, y si no es tratada puede dar un fallo renal, entre otras. Mientras que el hijo de madre podría tener riesgos como; bajo peso al nacer, prematuridad, riesgo de infección

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La bacteriuria asintomática, la cistitis y la pielonefritis son una amenaza para el feto y la madre, situación que exige aplicar esquemas óptimos de tratamiento antimicrobiano siendo esto considerado un problema de salud pública dada las repercusiones en el binomio madre-hijo.

En la mujer la incidencia de infecciones a nivel del tracto urinario es mayor en los periodos de actividad sexual y embarazo. Durante el embarazo normal se producen cambios significativos tanto de la estructura y función de las vías urinarias, cuya dilatación es una de las alteraciones anatómicas más significativas inducidas por el embarazo e involucra la dilatación de los cálices y las pelvis renales, así como de los uréteres.

En el Ecuador se ha determinado, según el Ministerio de Salud Pública, que la bacteriuria sintomática puede presentar complicaciones durante el embarazo en dos al diez por ciento como bajo peso al nacer y restricción del crecimiento fetal, que puede progresar a pielonefritis en 20-40%, este proyecto se basa en mujeres embarazadas que presente complicaciones asociadas con la infección de vías urinarias.

En efecto, las estadísticas muestran que las infecciones en vías urinarias afectan al 20% de las mujeres de entre 20 y 50 años, y solo al 0.1% de los varones en idéntico rango de edad, pero también dejan claro que el género masculino presenta incremento considerable en la incidencia de estas a partir de la quinta década de vida, debido a que su proceso de envejecimiento se acompaña de circunstancias que dificultan el tránsito de orina y favorecen la reproducción de microorganismos.

Se calcula que la infección urinaria afecta aproximadamente a un 15% de mujeres de todas las edades, cada año y de estas, más del 25% puede presentar una recurrencia.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo está caracterizada las Infecciones de las Vías urinarias en el Embarazo en usuarias de 15 a 30 años en el Hospital Básico Baba?

ANTECEDENTES

El Hospital Básico Baba, Institución pública de 2°nivel de atención y 3° nivel de complejidad, perteneciente al Distrito de Salud Pública 12D01, ofrece servicios acordes a su tipología, cuenta con un centro Gineco-obstetrico para cubrir partos y cesáreas.

Con una población de 37. 267 habitantes y 854 embarazadas, recibe pacientes gestantes de todo el cantón y de 8 unidades operativas satélites. Cuenta con 3 cirujanos, 1 ginecólogo, 1 pediatra, 1 anestesiólogo y 4 obstetrices.

En el área de hospitalización cuentan con una habitación para maternidad con un total de 8 camas censables, además de la necesidad que pueda presentarse la cual es cubierta en las otras salas.

En los archivos de estadística del Hospital Básico Baba se encuentran datos de que en el año 2015 se presentaron 149 casos de Infecciones de Vías urinarias en el embarazo, con un rango de edad de 15 a 30 años, procedentes de las diferentes unidades de salud del Cantón Baba. Entre las principales complicaciones encontradas de Infecciones de Vías urinarias en el embarazo tenemos: amenazada de aborto 30 pacientes, amenazada de parto 17 pacientes y ruptura prematura de membranas son 3 pacientes, en el resto no se manifestaron complicaciones.

Por tal motivo este es uno de los chequeos que el médico realizará durante los controles prenatales. Algunas infecciones de vías urinarias pueden desencadenar cuadros infecciosos que ponen en riesgo la madre y el producto, por lo que es importante acudir a los controles prenatales, si observa estos síntomas y comunicárselo al doctor.

JUSTIFICACIÓN

En el Ecuador, las mujeres que corresponden a una relación de 20 a 1 están propensas a sufrir de Infecciones de Vías urinarias, de este el 20% evoluciona a cistitis y el 4% a enfermedades renales.

Los embarazos de nuestro país se complican por las infecciones urinarias, según el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censo 2013) las Infecciones de Vías Urinarias en el embarazo se ubican en el noveno puesto en relación a las diez principales causas de morbimortalidad materna, con una tasa de 14.3%.

El elemento de riesgo más común para presentar 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.

La Infección del Tracto Urinario es una patología importante durante el embarazo y la segunda causa de la morbimortalidad en recién nacidos, siendo los más vulnerables a contraerlas las mujeres en su estado de gravidez, presentando síntomas como dolor y ardor al orinar, mal olor en la orina, secreciones vaginales o ningún síntoma. Esto pone en peligro la vida del bebe y al mismo tiempo de la madre.

La infección en el embarazo representa un riesgo de aborto en el primer trimestre y posteriormente de un parto prematuro.

Aumenta el riesgo de parto prematuro y de recién nacido de bajo peso. La mortalidad fetal más alta se presenta cuando la infección ocurre durante los 15 días que anteceden al parto.

Por lo tanto, lo más importante es acudir al control prenatal para poder detectarlas a tiempo y recibir el tratamiento adecuado. Este es uno de los chequeos que el médico realizará durante los controles prenatales.

Actualmente esta patología se ha convertido en un problema de salud pública en Ecuador debido a que algunas bacterias causantes han incrementado su resistencia, por lo que el diagnóstico oportuno, seguido de un tratamiento adecuado evitara secuelas y muerte.

Es fácil diagnosticarla en etapas tempranas de la gestación con métodos sencillos y poder aplicar las medidas terapéuticas adecuadas.

Se hace la presente revisión con el objetivo primordial de dar a conocer la frecuencia y las complicaciones de Infecciones de Vías Urinarias durante el embarazo para disminuir la morbimortalidad materno fetal, planteando una propuesta y fortaleciendo los métodos de diagnóstico y tratamiento oportuno.

OBJETIVO:

Objetivo General:

Caracterizar las Infecciones de las Vías Urinarias en el embarazo en usuarias de 15 a 30 años en el Hospital Básico Baba.

Objetivo Específico:

Determinar las características sociodemográficas y antecedentes gineco-obstétricos de las usuarias que presentan Infecciones de Vías Urinarias en el Embarazo.

Establecer las complicaciones que se dan en las pacientes que presentan infecciones de las Vías Urinarias en el Embarazo.

Precisar el tipo de tratamiento que se utiliza en las usuarias con Infecciones de Vías Urinarias en el Embarazo.

MARCO TEÓRICO

INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO

Las infecciones de vías urinarias (IVU) es la existencia de gérmenes patógenos en la orina por infección de la vejiga o el riñón, son un problema común para las mujeres. Se clasificó según el nivel de compromiso clínico y anatómico en: asintomático (bacteriuria asintomático) y sintomática (cistitis y pielonefritis), siendo también denominadas como altas y bajas.[1]

VÍAS DE INFECCIÓN URINARIA

Existen varias vías para producir infección urinaria: la ascendente, descendente, por contigüidad y a través de la submucosa ureteral, vías linfáticas y hemáticas.[2]

La vía ascendente es la más importante, y es seguida por los gérmenes que habitan en la vejiga o que llegan a ella a partir de la flora perineal. La vía descendente donde los gérmenes alcanzan el riñón por vía hemática o linfohemática difícilmente se produce en un riñón sano; pero factores como la obstrucción ureteral y la isquemia renal pueden favorecerla.[3]

Por contigüidad, donde el punto de partida del germen infectante fuera del intestino, también es muy infrecuente. Como en todas las infecciones, el inicio, curso y desenlace dependen de la agresividad y virulencia del microorganismo infectante, de la capacidad de la respuesta del huésped infectado y del entorno de ambos

[1] GUÍA PRACTICA CLÍNICA DE INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO 2013, PÁG. 15
[2] www.colombiadesalud.org.co/GUIAS _ATENCION_MEDICINA
[3] www.colombiadesalud.org.co/GUIAS _ATENCION_MEDICINA

MECANISMO DE DEFENSA DE INFECCIONES URINARIAS

Con excepción de la mucosa uretral, el tracto urinario es resistente a la colonización bacteriana y está capacitado para eliminar los gérmenes patógenos y no patógenos que lleguen a la vejiga[4]

Esto logra por diversos mecanismos:

- Actividad antibacteriana de la orina
- Proteína de Tamm-Horsfall que se une a la E coli precipitándola y evitando su adhesión al tracto urinario
- El mecanismo de barrido del tracto urinario
- Los glicosaminoglicanos que recubren la mucosa y evitan la adherencia bacteriana
- Los anticuerpos presentes en las secreciones vaginales que impiden la colonización del introito vaginal y el área periuretral[5]

FISIOPATOLOGÍA

Los cambios fisiológicos del tracto urinario se inician alrededor de la semana 20, facilitando el desarrollo de la ITU, su recurrencia, persistencia y, a menudo, su evolución a formas sintomáticas, que no se producen en la mujer no gestante, en la que la ITU tiene menos impacto y no suele ser persistente. La resolución de estas modificaciones se produce lentamente, hasta completarse después del parto, hasta completarse tras 6- 8 semanas (un tercio a la semana, un tercio al mes y el tercio restante a los 2 meses)[6]

[4] www.colombiadesalud.org.co/GUIAS _ATENCION_MEDICINA
[5] www.colombiadesalud.org.co/GUIAS _ATENCION_MEDICINA
[6] Patología urinaria y embarazo clases de residente 2013

Factores mecánicos

-El crecimiento uterino ocasiona, de forma progresiva, que el uréter se alargue, se desplace lateralmente y se vuelva tortuoso. Por otra parte, a medida que el útero aumenta su volumen también comprime la vejiga, favoreciendo la aparición de residuo post miccional.

-La dilatación comienza en la pelvis renal y continua de forma progresiva por el uréter, es menos en el tercio inferior y puede albergar hasta 200ml de orina, lo que facilita la persistencia de ITU. Esta dilatación suele ser mayor en el lado derecho por la dextroposición uterina y porque la vena ovárica derecha dilatada cruza el uréter, actuando como una brida, mientras que la izquierda transcurre paralela al uréter. La mayor intensidad de los efectos mecánicos sobre el lado derecho hace que 9 de cada 10 pielonefritis se localicen en ese lado.[7]

Factores hormonales

-La progesterona disminuye el tono y la contractilidad de las fibras musculares lisas del esfínter uterovesical y del uréter, favoreciendo el reflujo vesicoureteral, estancamiento de la orina y migración bacteriana ascendente. Este se ha observado en el 3.5% de las gestantes siendo más frecuente al final de la gestación.

-Los estrógenos pueden inducir una hiperemia en el trígono favoreciendo la adherencia de los gérmenes al epitelio.[8]

[7]Patología urinaria y embarazo clases de residente 2013
[8] Patología urinaria y embarazo clases de residente 2013

Factores funcionales

-Aumento de volumen plasmático y del gasto cardiaco, que producen un incremento del flujo plasmático renal y de la filtración glomerular de alrededor del 40%. También aumenta la reabsorción tubular. El índice de filtración glomerular aumenta progresivamente desde la 15-36 semana [9]

- Disminución de la capacidad de reabsorción tubular de la glucosa causa glucosuria, que se considera fisiológica siempre y cuando la glucemia sea normal, aunque no se debe de eliminarse la posibilidad de una diabetes.

-Disminución de la concentración de la creatinina y urea en plasma

- La actividad peristáltica de la vía urinaria esta disminuida en el 80-90% de los casos por la dilatación de la misma.

Otros Factores son:

-Aumento de la longitud renal en 1cm

-Cambio en la posición de la vejiga (más abdominal que pélvica)

-Aumento del pH de la orina por el incremento de la excreción de bicarbonato y la mayor concentración urinaria de azúcares, estrógenos y aminoácidos, favoreciendo así el crecimiento bacteriano.[10]

[9] Patología urinaria y embarazo clases de residente 2013

[10] Patología urinaria y embarazo clases de residente 2013

-Menor actividad del sistema inmune. El ambiente hipertónico de la medula renal inhibe la fagocitosis, la migración leucocitaria y la actividad del complemento. Se ha demostrado que la producción de IL6 y la respuesta antigénica específica para E. coli es menor en gestantes.

Factores de riesgo

Se considera como primer factor de riesgo el antecedente de ITU previo a la gestación. Aproximadamente el 25-38% de las mujeres con bacteriuria asintomática durante la gestación tiene antecedentes de ITU asintomática.[11]

Otros factores de riesgo son la mala condición socioeconómica (incidencia de la BA), existencia de drepanocitemia (fundamentalmente en la raza negra, duplica la incidencia de BA); diabetes gestacional y la pregestacional; trasplante renal, gestantes portadoras de reservorios y pacientes con lesiones medulares (vejiga neurógena)

COMPLICACIONES DE LA INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS

Las infecciones del tracto urinario (ITU) durante el embarazo han sido asociadas con las siguientes complicaciones maternas y fetales.[12]

Las complicaciones más frecuentes asociadas a infección de vías urinarias durante el embarazo son:

- Amenaza de aborto
- Aborto

[11] Patología urinaria y embarazo clases de residente 2013

[12] Patología urinaria y embarazo clases de residente 2013

- Amenaza de Parto Prematuro
- Parto Prematuro
- Retardo de Crecimiento Intrauterino
- Ruptura Prematura de Membranas

COMPLICACIONES MATERNAS

AMENAZA DE ABORTO

La amenaza de aborto es definida con el sangrado intrauterino que se origina durante el primer trimestre de embarazo, con o sin contracciones uterinas. Alrededor del 20% de las mujeres embarazadas sangran en algún periodo del embarazo temprano, pero solo la mitad podrían llegar a abortar[13]

Datos Clínicos: Amenaza de aborto, Amenorrea secundaria, Prueba de embarazo positiva, presencia de vitalidad fetal, sangrado uterino de magnitud variable, dolor tipo cólico en hipogastrio de magnitud variable, volumen uterino acorde con amenorrea sin dilatación cervical evidente.[14]

ABORTO

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

[13] Repositorio.ug.ec/Complicaciones de Infección de Vías Urinarias durante el embarazo
[14] Guía de Práctica Clínica de Infección de Vías Urinarias, 2013 pág. 15
[15] Repositorio.ug.ec/Complicaciones de Infección de Vías Urinarias durante el embarazo

La causa de aborto es muy abundante dividiéndose en factores fetales o cromosómicos, factores maternos y ambientales; donde encontramos la infección urinaria ubicada en el grupo de los factores maternos en el aporte de las infecciones; al evaluar la etiología completa del aborto la Infección urinaria resulta ser un factor de una significancia muy baja pero al referirnos al punto de vista que abarca este estudio resulta ser que el aborto como complicación esperada en la infección urinaria cobra importancia no es de las complicaciones más frecuentes pero ocupa un lugar importancia en esta relación.[16]

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA

La RPMP es la solución de continuidad o pérdida de la integridad de las membranas corioamnióticas que se producen desde las 20 semanas de gestación hasta antes del inicio del trabajo de parto. Es una causa de parto de morbimortalidad materna y se le ha relacionado hasta con un 10% de mortalidad perinatal. La frecuencia y severidad de las complicaciones neonatales después de la RPMP varían de acuerdo a la edad gestacional.[17]

El riesgo de infección se eleva con la disminución de la edad gestacional al momento de la RPM y con el tiempo de duración de la latencia.

AMENAZA DE PARTO PREMATURO.

La amenaza, así como el parto pretérmino presenta una similar incidencia en cuanto a su relación con la morbimortalidad neonatal, igualmente encontrándose en esta entidad una ocurrencia del 5-10% de los nacimientos.

[16] Repositorio.ug.ec/Complicaciones de Infección de Vías Urinarias durante el embarazo
[17] www.salud.gob.ec/MSP_Ruptura_Prematura2014

La prematuridad contribuyen una serie de condiciones, presente con mayor frecuencia en las gestantes en el caso de las manifestaciones clínicas de la pielonefritis, al no ser tratada es la más relacionada a casos de amenaza y parto pretérmino.[18]

COMPLICACIONES FETALES

PARTO PREMATURO

El parto pretérmino (PPT) se define como un nacimiento que ocurre entre las 20 y 36 semanas. Su diagnóstico es principalmente clínico, incluyendo: contracciones uterinas regulares acompañadas de cambios cervicales. Más de 27% de partos pretérmino tienen una asociación clínica con IVU, aunque la patogénesis de la contracción uterina aún no está clara[19].

Menos del 10% de las mujeres con clínica de amenaza de parto pretérmino (APP) van a dar a luz en los siguientes 7 días y en general solo el 20-30% de las mujeres tienen APP van a dar a luz a un producto prematuro.

Entre los factores de riesgo encontramos a las infecciones genitales y del tracto uterino, enfermedades periodontales, entre otros, pero la relación entre ellos y el PPT no ha sido claramente demostrada por estudios recientes, o bien, los resultados han sido contradictorios.[20]

BAJO PESO AL NACER

El Bajo peso al nacer (BPN), ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el peso al nacer menor de 2500gr, independientes de la edad gestacional y cualquiera que

[18] Repositorio.ug.ec/Complicaciones de Infección de Vías Urinarias durante el embarazo
[19] Repositorio.ug.ec/Complicaciones de Infección de Vías Urinarias durante el embarazo
[20] www.medigraphic.com/2014/

sea la causa, y es el índice predictivo más importante de la mortalidad infantil[21], sobro todo la neonatal, es por ello que actualmente la tasa de bajo peso se considera como un indicador general de salud.

Existen diversos factores que influyen en el BPN son los riesgos médicos previos al embarazo como: hipertensión arterial, enfermedades renales, tiroideas, cardiorrespiratorias y autoinmunes. La existencia de antecedentes de BPN en partos previos, riesgos médicos durante el embarazo como ser hipertensión arterial gestacional, ganancia inadecuada de peso durante la gestación, intervalo intergenésico corto, diabetes gestacional, infecciones urinarias y hemorragias transvaginales entre otros. [22]

En relación a estos datos se estiman que más del 96% de los casos de BPN ocurren en los países en vías de desarrollo, lo que establece una relación directa de este fenómeno con las condiciones de pobreza de un país; el BPN se asocia también con la condiciones y características de las madres gestantes en los países en vías de desarrollo tales como una dieta deficiencia, condiciones sanitarias que favorecen el hecho de contraer infecciones y altas tasas de embarazos en la población adolescente.

RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO

Se define como restricción de crecimiento fetal (RCF), la condición por la cual un feto no expresa su potencialidad genética de crecimiento.[23]

Los casos clínicos precoz tienen a ser más severos, representan un 20-30% de las RCF, se asocian a preeclampsia hasta en 50% y su morbilidad y mortalidad perinatal es alta, dada la

[21] www.scielo.org.bo/scielo
[22] www.scielo.org.bo/scielo
[23] www.elsevier.es/es-revistamedicaclinica clinicalascondescrecimientointrauterino

prematurez asociada. Destacan dos principales causas: una que agrupa infección, anomalías cromosómicas o genéticas como factores patológicos intrínsecos del feto y otra, la secundaria a insuficiencia placentaria severa.

La RCIU está asociada de forma indirecta con complicaciones perinatales a corto plazo como son la asfixia intraparto (explicada por la hipoxia crónica a la que son sometidos estos fetos sumados a la disminución transitoria del flujo sanguíneo placentario durante el parto), hipoglucemia, hipotermia, policitemia, convulsiones, coagulopatías, sepsis, hiperbilirrubinemia y prematurez, con un aumento significativo en las admisiones a las unidades de cuidados intensivos.[24]

SEPSIS NEONATAL

Según el Ministerio de Salud Pública se define como la situación clínica derivada de la invasión y proliferación de bacterias, virus y hongos en el torrente sanguíneo del recién nacido (RN) y que se manifiesta dentro de las primeras 28 días de vida, si bien actualmente se tiene a incluir las sepsis diagnosticadas después de esta edad, en RN de muy bajo (RNMBP).

El hemocultivo positivo confirma la sepsis, y cuando el hemocultivo es negativo, la condición se considera como sepsis clínica definida como deterioro de variables clínicas: inestabilidad térmica, frecuencia cardíaca mayor de 180 o menor de 100, frecuencia respiratoria mayor de 60 más quejido, retracción o desaturación, intolerancia digestiva o compromiso del estado neurológico; o alteración en las variables hemodinámicas: tensión arterial por debajo de lo normal para la edad y llenado capilar de más de tres segundos.[25] Los RN presentan mayor riesgo de infecciones debido, entre otras cosas condiciones, a su inmadurez inmunológica. Se ha

[24] www.elsevier.es/es-revistamedicaclinica clinicalascondescrecimientointrauterino
[25] Guía Práctica Clínica Sepsis Neonatal 2015

observado que los pacientes más afectados por SNT son los RN prematuros o de muy bajo peso al nacimiento, principalmente los que son expuestos a infecciones maternas o con disrupción de las membranas amnióticas

ETIOLOGÍA

Los microorganismos que causan infecciones urinarias son los habituales de la flora perineal normal y general se trata de los mismos gérmenes que general la IVU en el embarazo. Los gérmenes aislados habitualmente son los bacilos gramnegativos, aunque también se pueden observar grampositivos, que suelen ser las responsables del 10-15% de las infecciones sintomático agudas de la mujer joven.[26]

-Bacilos gramnegativos: Escherichia coli (85%), seguidos en orden de frecuencia por Klebsiella y Proteus mirabilis (12%), Enterobacter (3%), Serratia, Pseudomonas y Citrobacter (1-2%). Estos últimos son responsables de un importante porcentaje de las ITU complicadas que requieren hospitalización.[27]

-Cocos grampositivos: Streptococcus agalactiae es el más frecuente. Si se detecta durante el embarazo se debe realizar profilaxis antibiótica durante el parto para prevenir la sepsis neonatal, independiente de que la infección urinaria haya sido bien tratada.

Staphylococcus saprophyticus y Enterococcus causan menos del 1% de los casos. Presente en 1-2%. Recurrencia de 10-20% en la misma gestación.

[26] Patología urinaria y embarazo clases de residente 2013
[27] Patología urinaria y embarazo clases de residente 2013

FORMAS CLÍNICAS

Desde el punto de vista clínico, puede presentarse tanto como infección asintomática (bacteriuria asintomática), como sintomática (cistitis y/o pielonefritis).[28]

La vía de contaminación más corriente es la ascendente, motivo por el cual es más frecuente la infección a nivel de la vejiga que a nivel renal.

BACTERIURIA ASINTOMÁTICA:

Colonización de bacterias en el tracto urinario con más de 100.000 colonias/ml en una sola muestra del chorro medio de orina, en ausencia de síntomas específicos.[29]

En general la frecuencia de aparición de bacteriuria asintomática durante el embarazo no difiere de la de una mujer no gestante de la misma edad. Aunque el embarazo no aumenta su aparición, sí que agrava sus consecuencias y favorece la aparición de formas sintomáticas, complicándose hasta un 35% de los casos con pielonefritis agudas. Las bacteriurias asintomáticas son detectables ya en las primeras semanas de embarazo. Por ello se recomienda el cribado de todas las gestantes para la detección de la bacteriuria asintomática durante el primer trimestre.[30]

CISTITIS:

Colonización sintomática de bacterias en el tracto urinario con más de 100.00 colonias/ml que se acompaña de sintomatología urinaria y sistémica. Presente en 1 a 14% de embarazos.[31]

---

[28] Patología urinaria y embarazo clases de residente 2013
[29] Guía Práctica Clínica de Infección de Vías Urinarias 2013
[30] www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia
[31] Guía Práctica Clínica de Infección de Vías Urinarias 2013

Desde un punto de vista microbiológico los gérmenes implicados son los mismos que los de las bacteriurias asintomáticas. 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.

El cuadro clínico presenta clínica miccional de aparición repentina: disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, dolor retro o supra púbico 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.[32] La cistitis asociada a dolor lumbar, signos sistémicos de infección y fiebre indica siempre afectación renal.

PIELONEFRITIS

Es la infección bacteriana grave más común que compromete el tracto urinario alto y puede llevar a complicaciones perinatales y maternas como: parto pretérmino, bajo al nacer, anemia, insuficiencia renal temporal, etc. que suele presentarse durante el segundo-tercer trimestre de la gestación y es casi siempre 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. Es una de las indicaciones más frecuentes de hospitalización durante el embarazo[33].

DIAGNOSTICO DE BACTERIURIA ASINTOMÁTICA

Durante las visitas prenatales, es necesario el tamizaje de IVU, ya que la mayoría de las mujeres estarán asintomáticas inicialmente. Siendo el diagnóstico preciso de infección de vías

[32] www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstreticia-ginecologia
[33] www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstreticia-ginecologia

urinarias la base del tratamiento, se deben tomar en consideración las siguientes recomendaciones basadas en evidencia.[34]

El examen general de orina o la prueba con tira reactiva no deben utilizarse para el tamizaje de BA.

La detección de BA a través del examen general de orina o con tirillas reactivas (Dipsticks) que detectan leucocitosis, nitritos y bacterias tiene una sensibilidad baja, misma que disminuye ante la presencia de leucorrea.[35]

Se debe realizar tamizaje con urocultivo para diagnóstico y tratamiento oportuno de BA en las embarazadas.

-La BA sin tratamiento progresa a pielonefritis en 20% a 40% de los casos.

-La BA sin tratamiento se asocia con ruptura prematura de membranas, parto pretérmino y productos con bajo peso al nacer.

CISTITIS

En mujeres sin otra patología, el diagnóstico puede realizarse sobre la base de los datos clínicos (no ser requiere solicitar urocultivo para iniciar el tratamiento).

Los datos clínicos de cistitis y del examen general de orina (disuria, polaquiuria, urgencia urinaria, así como piuria y hematuria en ausencia de síntomas vaginales), sin evidencia de enfermedad sistémica, tienen una sensibilidad alta (70-80%) para el diagnóstico de cistitis.[36]

[34] Guía Práctica Clínica de Infecciones de vías Urinarias, 2013
[35] Guía Práctica Clínica de Infecciones de vías Urinarias, 2013

TRATAMIENTO

La elección del antimicrobiano debe estar dirigido para los agentes etiológicos más frecuentes y debe ser seguro para la madre y el feto. La droga de elección para nuestros países es la Nitrofurantoína por sus bajas niveles de resistencia, fosfomicina y cefalosporinas son alternativas a la nitrofurantoína. Ampicilina e inhibidores de betalactamasas son desaconsejados por sus altas tasas de resistencia local presentadas en reunión de consenso para toma de decisiones respecto a la terapéutica.[37]

Previa toma de muestra para urocultivo, se inicia tratamiento con uno de los siguientes antibióticos según evidencia de farmacoresistencia local en Ecuador.

- Nitrofurantoína liberación retardada 100mg cada 12 horas (no sobre 37 semanas).
- Nitrofurantoína 50-100mg cada 6 horas (no sobre 37 semanas).
- Fosfomicina 3gr VO dosis única.
- Fosfomicina 500mg VO cada 8 horas.
- Cefalosporina de segunda generación 250-500mg VO cada 6 horas.

Cabe recalcar que el MSP menciona que el uso de trimetoprim sulfametoxazol está contraindicado en el primer trimestre por su inhibición del metabolismo de folatos y asociación a defectos del tubo neural y en el tercer trimestre del embarazo se ha asociado con ictérica en el recién nacido.[38]

---

[36] Guía Práctica Clínica de Infección de vías Urinarias, 2013
[37] Guía Práctica Clínica de Infección de vías Urinarias, 2013
[38] Revistas progresos obstetricia ginecología

El tratamiento antibiótico supresivo (profilaxis antibiótica hasta el parto) puede ser adecuado en gestantes con bacteriuria asintomática que persiste tras dos o más ciclos de un tratamiento adecuado.

Se puede usar una dosis única diaria de nitrofurantoína oral (50-100mg al acostarse) durante el resto del embarazo si el microorganismo es sensible. Cuando se emplee la terapia supresiva, no son precisos los cultivos de orina mensuales, pero como la bacteriuria puede recidivar a pesar del tratamiento, se recomienda realizar un nuevo urocultivo al inicio del tercer trimestre para asegurar la eficacia del tratamiento. También se puede emplear como tratamiento profiláctico, una dosis diaria de cefalexina oral o de cotrimoxazol, aunque éste último debe evitarse durante el tercer trimestre.

En la cistitis y en las pielonefritis, el tratamiento debe iniciarse inmediatamente de forma empírica, antes de disponer del resultado del urocultivo y antibiograma para así evitar la extensión de la infección. En el momento de elegir el tratamiento debemos valorar la prevalencia de los gérmenes más frecuentes, la gravedad del cuadro clínico, los riesgos del fármaco para el feto y la tasa de resistencias al antibiótico en nuestra área y centros hospitalarios.[39]

Tratamiento de la bacteriuria asintomática y de la cistitis

Primera opción:

Amoxicilina/clavulánico 500mg/8 horas VO de 5-7 días.

Cefuroxima axetilo 250mg/12 horas VO de 5-7 días.

Cefixima 400mg/24 horas VO de 5-7 días.

[39] Sociedad Española y Obstetricia Infección Urinaria y Gestación 2013

Segunda opción y/o alergia a beta-lactámicos

Fosfomicina trometamol 3g VO dosis única.

Nitrofurantoína 50mg/6 horas VO por 7 días; 100mg/12 horas VO por 5 días.

En general, debe evitarse el tratamiento de la infección urinaria o la bacteriuria asintomática durante el tratamiento con una dosis de antibiótico. Sin embargo, la administración de una dosis única de fosfomicina trometamol en el tratamiento de la bacteriuria asintomática en la embarazada ha mostrado la misma eficacia que la terapia durante 7 días con el tratamiento convencional. [40]

Tratamiento de la pielonefritis aguda

Primera opción:

Amoxicilina/clavulánico 1gr/8 horas IV por 14 días.

Cefuroxima axetilo 750mg/8 horas IV por 14 días.

Ceftriaxona 1gr/24 horas IV o IM por 14 días.

Segunda opción:

Aztreonan 1gr/8 horas IV por 14 días.

Fosfomicina 100mg/kg/días por 14 días.

Gentamicina o Tobramicina 3mg/kg/día IV o IM por 14 días.

[40] Sociedad Española y Obstetricia Infección Urinaria y Gestación 2013

Si la fiebre ha descendido, a las 48-72 horas se pasará el mismo antibiótico a vía oral (según el antibiograma), hasta completar 14 días de tratamiento.

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO: Es un estudio Retrospectivo y Exploratorio

LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se realizará en el Centro Gineco-obstétrico del Hospital Básico Baba perteneciente al Distrito de Salud 12D01 Baba- Babahoyo y Montalvo, Provincia de Los Ríos.

PERÍODO DE LA INVESTIGACIÓN

Enero a diciembre del año 2015

UNIVERSO

Universo

La población objeto para el desarrollo de esta investigación es de 149 pacientes gestantes entre 15 a 30 años atendidas en el Hospital Básico Baba.

Criterios de Inclusión

Pacientes gestantes con infecciones de vías urinarias atendidas en el Centro Gineco-obstétrico del Hospital Básico Baba

Pacientes gestantes en edades de 15 a 30 años de edad

Pacientes que cumplieron con los tratamientos prescritos en la misma institución.

Historias clínicas que cuenten con todos los datos que se necesita para la investigación.

Criterios de Exclusión

Mujeres gestantes que fueron referidas a otro nivel de atención que no culminaron su embarazo en nuestra institución.

Pacientes gestantes que se encuentran fuera del rango de edad.

Historias clínicas que no presenten datos requeridos para la investigación.

MÉTODOS

LA OBSERVACIÓN

Mediante la evidencia de las Historias Clínicas de las pacientes gestantes con infección de vías urinarias

LA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL

Se realizó una observación a las notas de evolución contenidas en las historias clínicas de las pacientes con infección de vías urinarias en el embarazo.

FUENTES

FUENTES SECUNDARIAS. - Se encuentran en las historias clínicas que reposan en el sistema de estadística del Hospital Básico de Baba la información respectiva para realizar dicha investigación. Además se hallan en los registros de artículos y de revistas, Guías prácticas clínicas

TÉCNICAS

Matrices de resumen

INSTRUMENTOS

Historias Clínicas de las pacientes.

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

- Investigadoras.

- Tutor de Trabajo de Titulación

- Revisor de Trabajo de Titulación

-Personal del Estadística.

RECURSOS MATERIALES.

- Libros

- Historias Clínicas

- Computadora

- Internet

- Impresora

- Útiles de escritorio (bolígrafos, hojas de impresión)

- Scanner

RECURSOS TÉCNICOS

-Retroproyector de diapositiva

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo guardar absoluta confidencialidad para que no sean divulgado los nombres de las usuarias del hospital Básico de Baba que nos van ayudar en este estudio. Y así mismo dar a conocer a la institución los resultados obtenidos para que se tome las medidas pertinentes y ayudar así a disminuir el índice de complicaciones que sufren dichas usuarias.

VARIABLES

Variable Independiente: Mujeres Embarazadas

Variable dependiente: Infecciones de las Vías Urinarias

OPERALIZACION DE LAS VARIABLES: MUJERES EMBARAZADAS

VARIABLE	CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Mujeres Embarazadas	Se conoce como embarazo al período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. En este se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre y también los importantes cambios que experimenta esta última, que además de físicos son morfológicos y metabólicos.	Características sociodemográficas	Procedencia	Urbano Rural Urbano Marginal
			Nivel de Instrucción	Analfabetismo Primaria Secundaria Superior
			Servicios básicos	Acceso al agua potable Acceso a la electricidad Acceso a alcantarillado

VARIABLE	CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
			Edad	15-20 años 21-25 años 26-30 años
		Antecedentes Gineco-obstetricos	Aborto Parto Cesárea	1–2 3-> 4 1–2 3- >4 1–2 3->4
		Controles prenatales	Número de controles	Menor de 5 Mayor de 5

OPERALIZACION DE LAS VARIABLES: Infecciones de las Vías Urinarias

VARIABLE	CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Infección de las Vías Urinarias	Se define por una infección causada generalmente por bacterias que puede afectar a la uretra y a la vejiga, o extenderse a los uréteres y riñones.	Manifestaciones clínicas	Signos Síntomas	
			Disuria	Sí No
			Urgencia	Sí No
			Frecuencia	Sí No
			Piuria	Sí No
			Hematuria	Sí No
			Fiebre	Sí No
			Escalofríos	Sí No
			Malestar General	Sí No
			Dolor costo vertebral	Sí No
			Nauseas	Sí No
			Vómito	Sí No
			Ardor	Sí No
			Secreción Vaginal anormal	Sí No

VARIABLE	CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
		Exámenes de Laboratorio	Tirillas reactivas	Sí No
			Urocultivo	Sí No
			EMO	Sí No
		Tratamiento	Nitrofurantoina	Sí No
			Fosfomicina	Sí No
			Cefalosporinas de segunda generación	Sí No
		Complicaciones	Maternas	Ruptura Prematura de Membrana Amenazas de aborto Pielonefritis
			Recién Nacido	Amenaza de Partos prematuros Bajo peso al nacer Parto prematuro Sepsis neonatal

CRONOGRAMA VALORADO

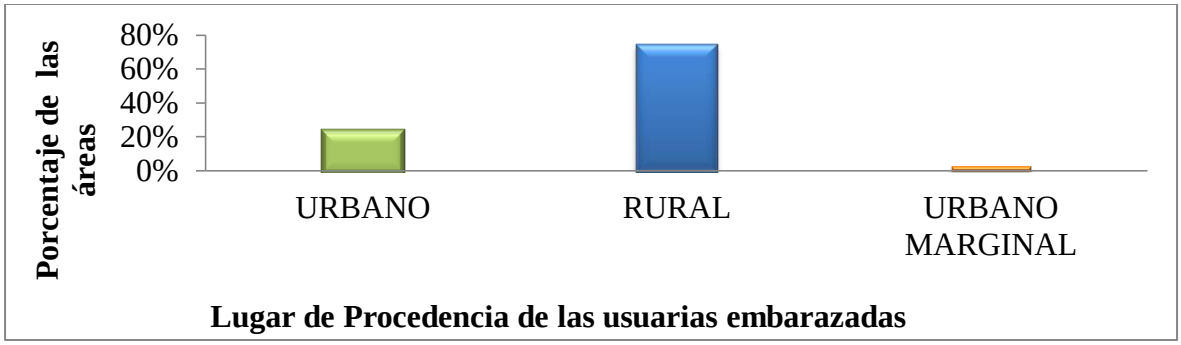
AÑO:2016						
MESES	AGOSTO		SEPTIEMBRE		OCTUBRE	
ACTIVIDADES						
Aprobacion del proyecto de tesis						
PRIMERA REUNION						
Revision y modificacion del tema y objetivos						
Revisar la formulacion del problema, realizar modificaciones en el diseño metodologico						
SEGUNDA REUNION						
Realizar modificaciones de operalizacion de						
variables y de recoleccion de datos, analisis, interpretacion						
TERCERA REUNION						
revisar la recoleccion de datos, analisis, interpretacion						
y revision de conclusiones y recomendaciones						

RESULTADOS Y ANÁLISIS

PROCEDENCIA SOCIODEMOGEOGRÁFICA DE USUARIAS CON INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO EN EL HOSPITAL BÁSICO BABA

LOCALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
URBANO	35	23%
RURAL	110	74%
URBANO MARGINAL	4	3%
TOTAL	149	100%

CUADRO N° 1



Elaborado por: Autores del trabajo de titulación.

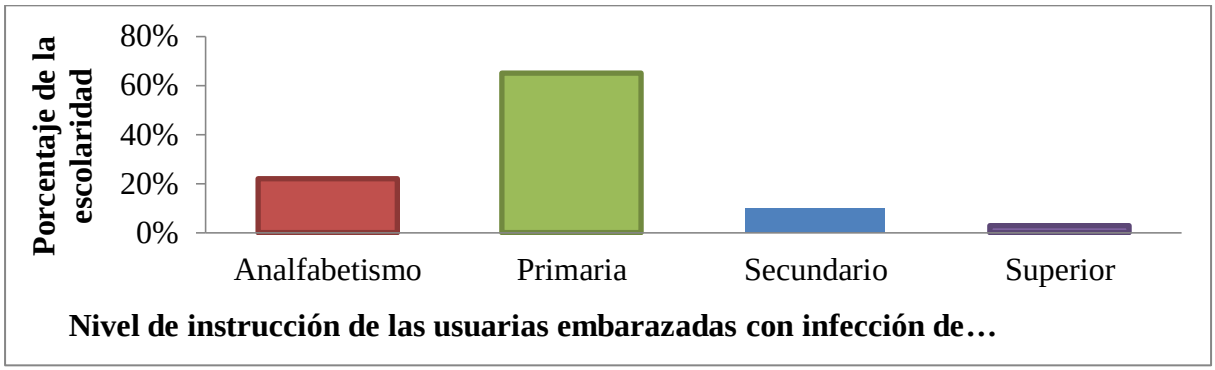
Fuente: Formulario de Recolección de datos

Análisis e Interpretación: Del presente estudio el mayor porcentaje de pacientes con infecciones de vías urinarias en el embarazo provienen del área rural con un 74% y en menor porcentaje el área urbana marginal con un 3%. Datos que se compara con un estudio realizado por la Universidad de Cuenca en el año 2013 donde 77% de la población investigada se encontró en el sector urbano.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS USUARIAS CON INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO DEL HOSPITAL BÁSICO DE BABA

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Analfabetismo	33	22%
Primaria	96	65%
Secundario	15	10%
Superior	5	3%
TOTAL	149	100%

CUADRO N° 2



Elaborado por: Autores del trabajo de titulación.

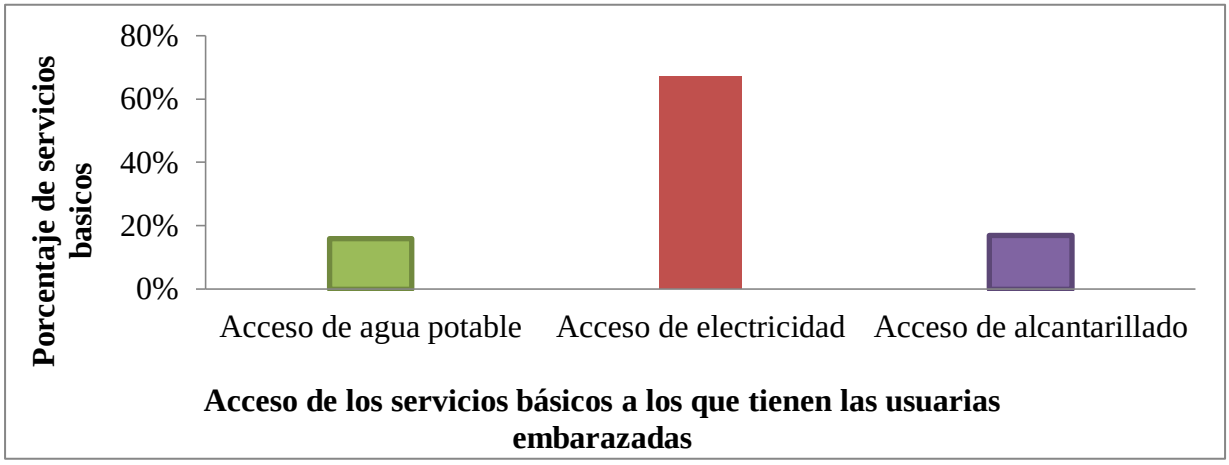
Fuente: Formulario de Recolección de datos

Análisis e Interpretación: De las usuarias embarazadas con infección de vías urinarias en estudio el 65% corresponde a las pacientes con un nivel de instrucción primaria; y el 3% tiene un nivel de educación superior. Datos que no se correlaciona porque en un estudio realizado por la Universidad de Guayaquil en el año 2013 en el Hospital Dra. Matilde Hidalgo la mayor parte de estas pacientes tienen un nivel de educación secundaria con un 79%.

SERVICIOS BÁSICOS DE LAS USUARIAS CON INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO EN EL HOSPITAL BÁSICO DE BABA

SERVICIOS BÁSICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Acceso al agua potable	35	16%
Acceso a electricidad	146	67%
Acceso a alcantarillado	38	17%
TOTAL	219	100%

CUADRO N° 3



Elaborado por: Autores del trabajo de titulación.

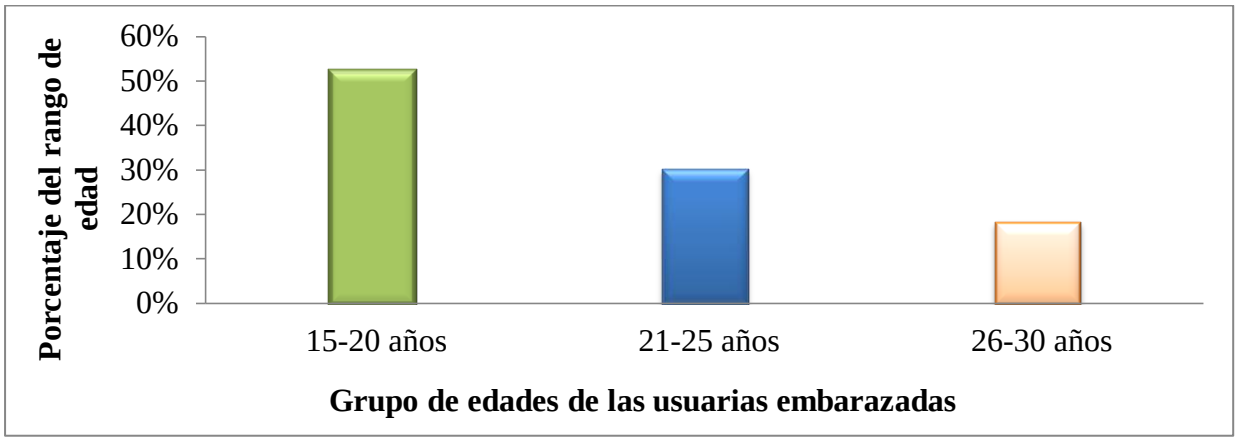
Fuente: Formulario de Recolección de datos

Análisis e Interpretación: En este cuadro se observa que el mayor porcentaje de servicios básicos corresponden al 67% que cuentan con acceso a la electricidad, y el menor porcentaje corresponde a un 16 % que tiene acceso al agua potable. Datos en la cual aún no hay un estudio comparativo que certifique estos resultados obtenidos en nuestro estudio con respectos a los servicios básicos de las usuarias con infección de vías urinarias en el embarazo.

GRUPO DE EDAD DE LAS USUARIAS CON INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO EN EL HOSPITAL BÁSICO DE BABA

Edad	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 – 20 años	77	52 %
21 – 25 años	45	30 %
26 – 30 años	27	18 %
TOTAL	149	100%

CUADRO N° 4



Elaborado por: Autores del trabajo de titulación.

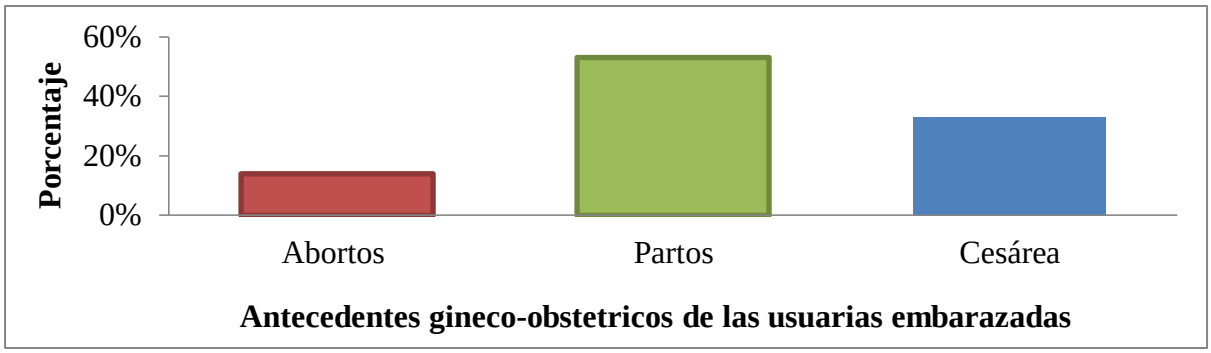
Fuente: Formulario de Recolección de datos

Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 52% de las embarazadas con infección de vías urinarias se presentó en pacientes de 15 – 20 años; el 30 % en pacientes de 21 a 25 años y el 18% se presentó en pacientes de 26 – 30 años. Datos que se correlaciona con un estudio realizado en el 2013 en el Hospital Dra. Matilde Hidalgo de Procel en la cual la infección de vías urinarias en el embarazo se presenta con mayor frecuencia los rango de 18 a 20 años y de 26 a 30 años en igual porcentaje que correspondió a unos 35%.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS EN LAS USUARIAS EMBARAZADAS CON INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN EL HOSPITAL BÁSICO DE BABA

Antecedentes Ginéco-obstetricos	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Aborto	20	14%
Parto	80	53%
Cesárea	49	33%
TOTAL	149	100%

CUADRO N° 5



Elaborado por: Autores del trabajo de titulación.

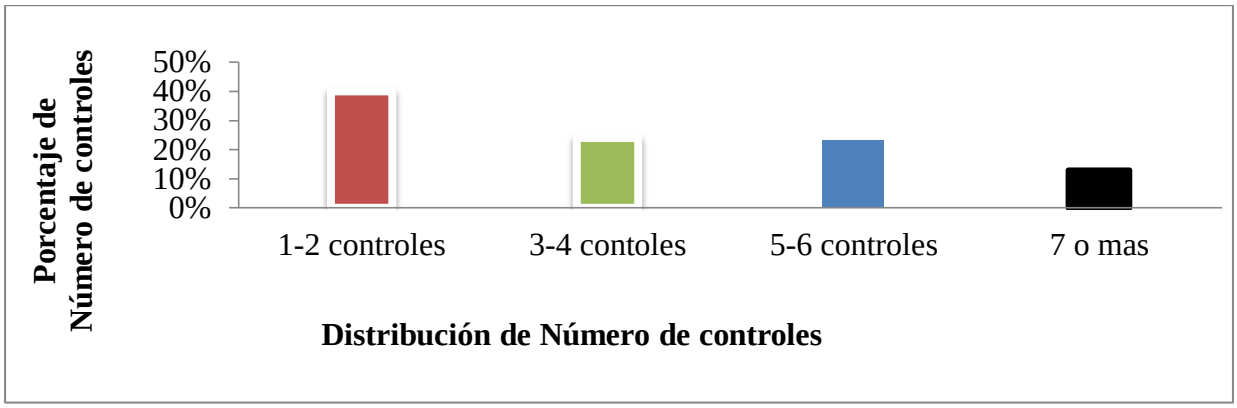
Fuente: Formulario de Recolección de datos

Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el antecedente Gineco-obstétrico más frecuente fue el Parto en un 53 %; y el menos frecuente fue los abortos con un 14%. Datos que no se correlaciona con la guía práctica clínica del MSP en el Ecuador, en el año 2014 donde el índice de cesáreas fue de 41.2%.

NÚMERO DE CONTROLES QUE SE REALIZARON LAS USUARIAS CON INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO EN EL HOSPITAL BÁSICO DE BABA

NUMERO DE CONTROLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 -2	60	40%
3 – 4	35	24%
5 – 6	34	23%
7 o mas	20	13%
Totales	149	100%

CUADRO N° 6



Elaborado por: Autores del trabajo de titulación.

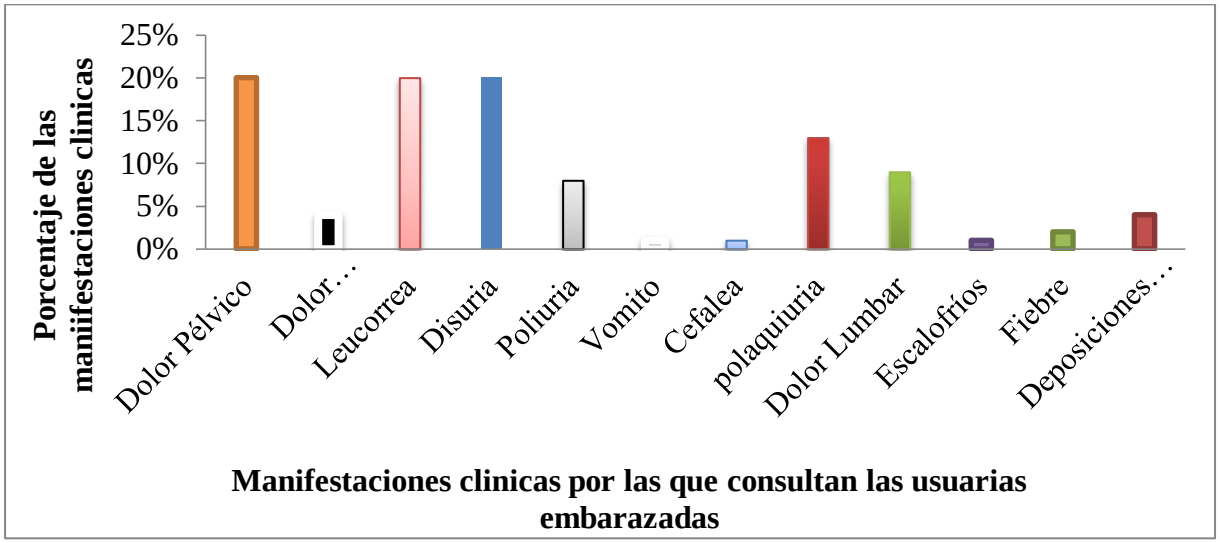
Fuente: Formulario de Recolección de datos

Análisis e Interpretación: En nuestro estudio encontramos que el 40 % de las usuarias embarazadas se realizaron de 1 a 2 controles; y el 13% se realizaron de 7 o más controles, por lo que se considera un riesgo alto ya que el MSP tiene como componente importante un mínimo de 5 controles prenatales para así disminuir los factores de riesgo maternos perinatales

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE USUARIAS CON INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO EN EL HOSPITAL BÁSICO BABA

MANIFESTACIONES CLÍNICAS	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Dolor pélvico	30	20%
Dolor Suprapúbico	6	4%
Leucorrea	30	20%
Disuria	30	20%
Poliuria	8	5%
Vómito	1	1%
Cefalea	1	1%
Polaquiuria	20	13%
Dolor lumbar	13	9%
Escalofríos	2	1%
Fiebre	3	2%
Deposiciones diarreicas	5	4%
TOTAL	149	100%

CUADRO N°7



Elaborado por: Autores del trabajo de titulación.

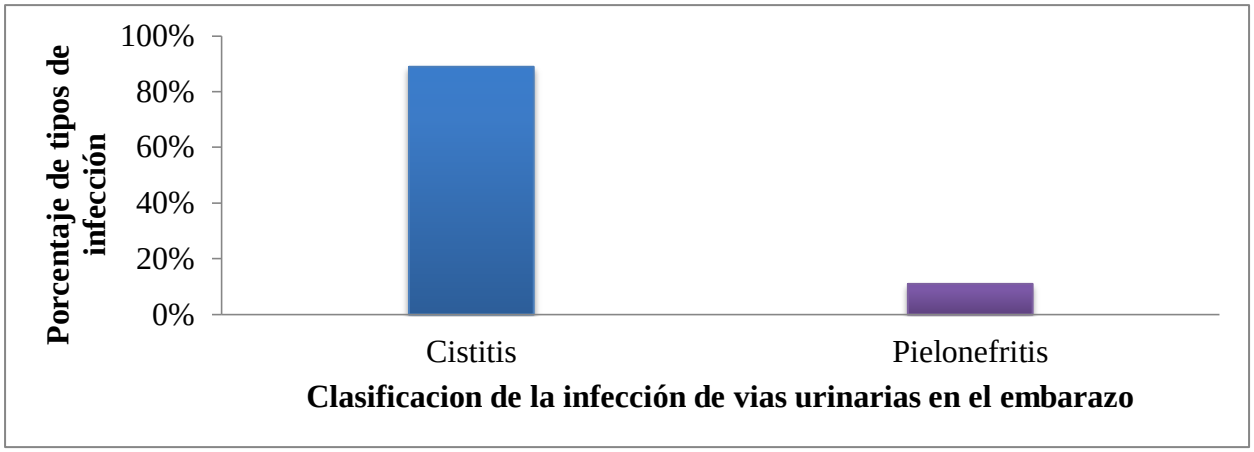
Fuente: Formulario de Recolección de datos

Análisis e Interpretación: El Grafico demuestra que la mayoría presentó Dolor Pélvico, Leucorrea y disuria, y la manifestación que menos se presento fue el vómito, cefalea, deposiciones diarreicas, escalofríos, y fiebre, dolor suprapúbico, poliuria. Estos datos concuerdan con un estudio realizado en el año 2013 donde se determinó que la mayor manifestación clínica fue el dolor pélvico y la disuria en un 45%.

TIPOS DE INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS QUE AFECTARON A LAS USUARIAS EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL BÁSICO BABA

TIPOS DE INFECCIÓN DE VÍAS URINARIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bacteriuria Asintomática	0	0%
Cistitis	132	89%
Pielonefritis	17	11%
TOTAL	149	100%

CUADRO N°8



Elaborado por: Autores del trabajo de titulación.

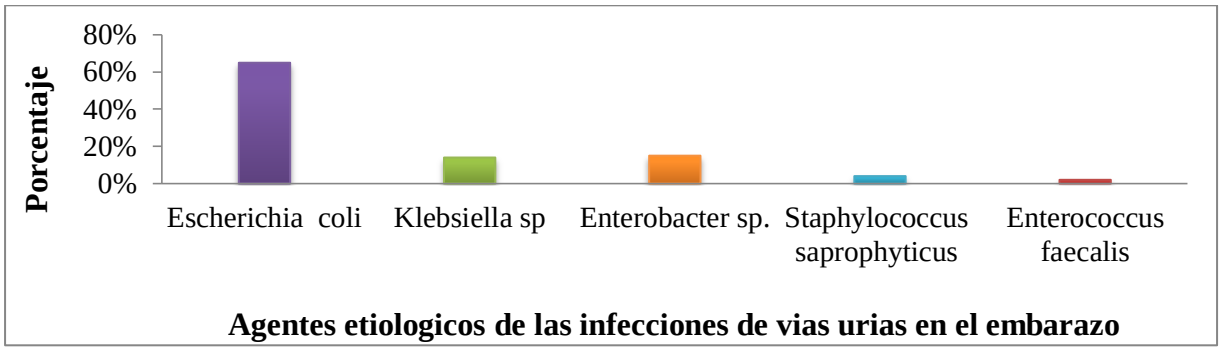
Fuente: Formulario de Recolección de datos

Análisis e Interpretación: El grafico nos muestra que el tipo de infección del tracto urinario más frecuente que se presento fue la Cistitis con un 89%, Seguido de la pielonefritis con un 11%. Dato que no se correlaciona con nuestra investigación porque en un estudio realizado en el año 2013 por la Universidad de Guayaquil se determinó que el tipo de infección más frecuente fue la bacteriuria asintomática en un 59%, seguido de la pielonefritis con un 22%.

TIPOS DE GÉRMENES QUE SE ENCONTRARON EN LAS USUARIAS EMBARAZADAS CON INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS DEL HOSPITAL BÁSICO DE BABA

GÉRMENES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Escherichia coli	77	70%
Klebsiella sp	10	9%
Proteus mirabilis	0	0 %
Enterobacter sp.	17	15%
Staphylococcus saprophyticus	4	4%
Enterococcus faecalis.	2	2%
TOTAL	110	100%

CUADRO N° 9



Elaborado por: Autores del trabajo de titulación.

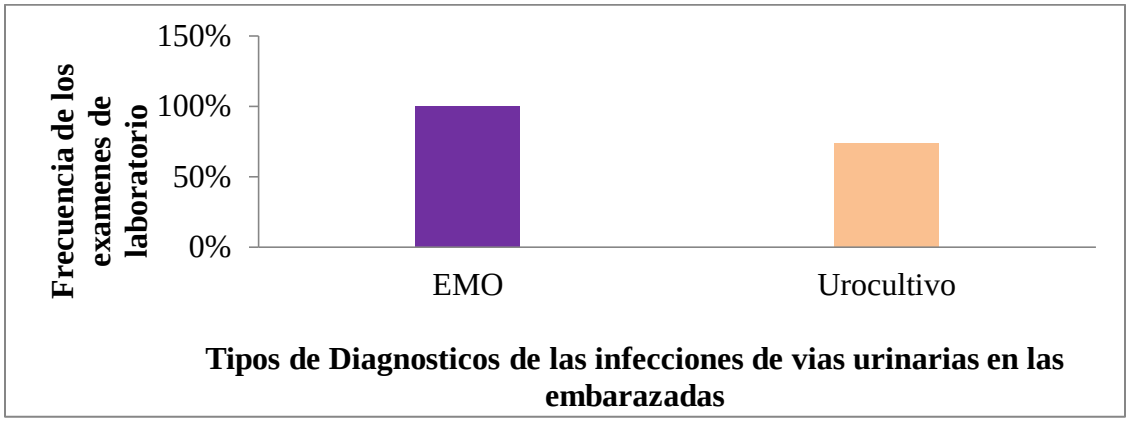
Fuente: Formulario de Recolección de datos

Análisis e Interpretación: De los datos obtenidos sobre los gérmenes que más afectan a las usuarias embarazadas con infección de vías urinarias tenemos en un 70% a la Echerichia Coli y en menor porcentaje con un 2% al Enterococcus faecalis. Lo que se demuestra que el germen más frecuente en el Ecuador y en el resto del mundo es la bacteria Escherichia Coli. (Guía Práctica Clínica)

EXÁMENES DE LABORATORIOS UTILIZADOS EN LA INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN LAS USUARIAS EMBARAZADAS DEL HOSPITAL BÁSICO DE BABA

EXÁMENES DE LABORATORIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJES
Tirillas	0	0
Emo	149	100%
Urocultivo	110	74%

CUADRO N° 10



Elaborado por: Autores del trabajo de titulación.

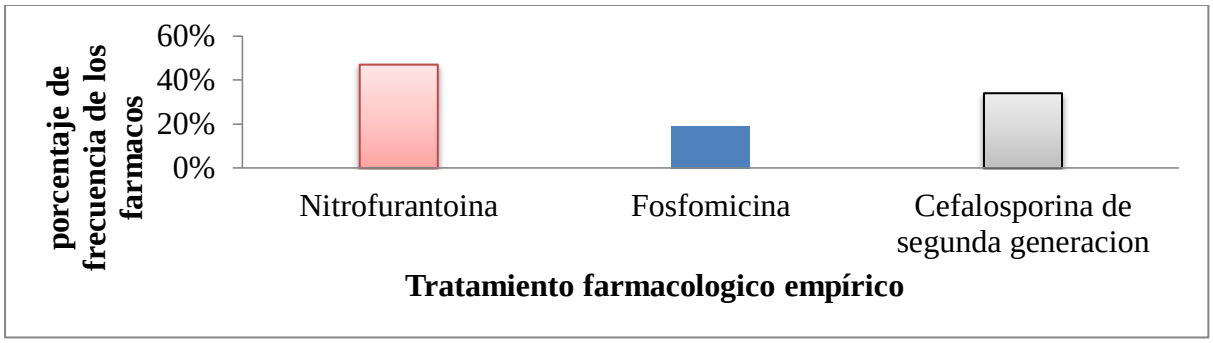
Fuente: Formulario de Recolección de datos

Análisis e Interpretación: De los datos obtenidos se pudo verificar que a todas las pacientes se realizó el EMO y que solo a un 74% se le realizo el urocultivo. Lo cual se evidencia que el urocultivo es la prueba de elección más adecuada y práctica para el diagnóstico de BA, mientras que la detección de BA a través del examen general de orina o con tirillas reactivas (Dipsticks) detectan la presencia de leucocitos, nitritos y bacterias, en cambio el EMO posee una sensibilidad de 50 a 92 % y un valor predictivo negativo de 92%. (Guía Práctica Clínica)

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EMPÍRICO QUE SE UTILIZO EN LAS USUARIAS EMBARAZADAS CON INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN EL HOSPITAL BÁSICO DE BABA

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nitrofurantoina	70	47%
Fosfomicina	29	19%
Cefalosporina de segunda generación	50	34%
TOTAL	149	100%

CUADRO N° 11



Elaborado por: Autores del trabajo de titulación.

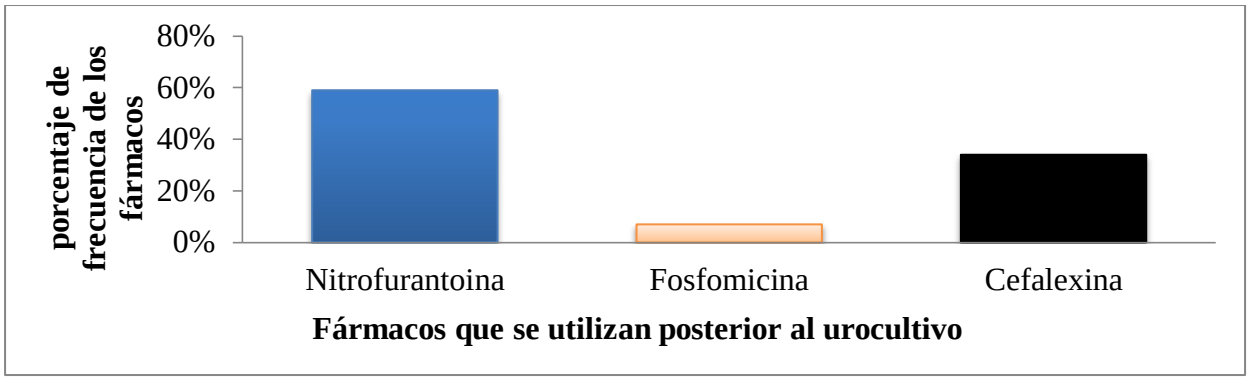
Fuente: Formulario de Recolección de datos

Análisis e Interpretación: De acuerdo al tratamiento empírico el fármaco más utilizado fue la Nitrofurantoina que correspondió al 47%, y la menos frecuente fue la fosfomicina que corresponde al 19%. Dato que concuerda con la guía práctica clínica porque entre los fármacos más utilizados tenemos la nitrofurantoína que es segura durante el embarazo y logra concentraciones terapéuticas sólo en orina y presenta un nivel bajo de resistencia a los uro patógenos seguido de la cefalosporina de segunda generación y la fosfomicina.

TRATAMIENTO QUE SE UTILIZÓ EN LAS USUARIAS CON INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO POSTERIOR A LOS RESULTADOS DEL UROCULTIVO EN EL HOSPITAL BÁSICO DE BABA

FÁRMACOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nitrofurantoina	65	59%
Fosfomicina	8	7%
Cefalexina	37	34%
TOTAL	110	100%

CUADRO N° 12



Elaborado por: Autores del trabajo de titulación.

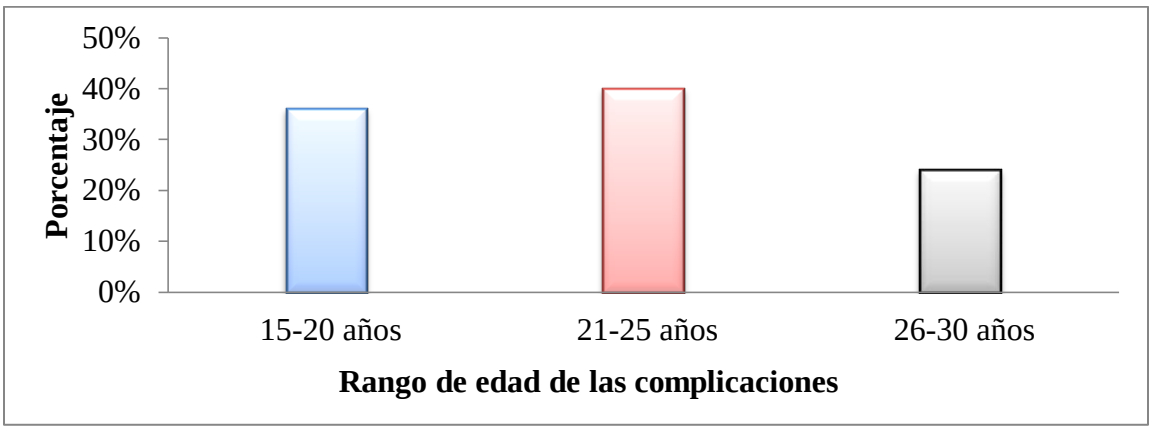
Fuente: Formulario de Recolección de datos

Análisis e Interpretación: De acuerdo a los datos estadísticos el fármaco que con mayor frecuencia se utiliza es la Nitrofurantoina con un 59% mientras que en menor frecuencia se usa la Fosfominina con un 7%. Como preferencia podemos tomar que previa toma de muestra para urocultivo, se inicia tratamiento con los antibióticos ya nombrados, según evidencia de farmacorresistencia local en Ecuador: (valore eficacia, seguridad, conveniencia y costo). (Guía Práctica Clínica)

EDAD ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES QUE SE PRESENTAN EN LAS USUARIAS CON INFECCIONES DE LAS VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15-20 años	18	36%
21-25 años	20	40%
26-30 años	12	24%
TOTAL	50	100%

CUADRO N° 13



Elaborado por: Autores del trabajo de titulación.

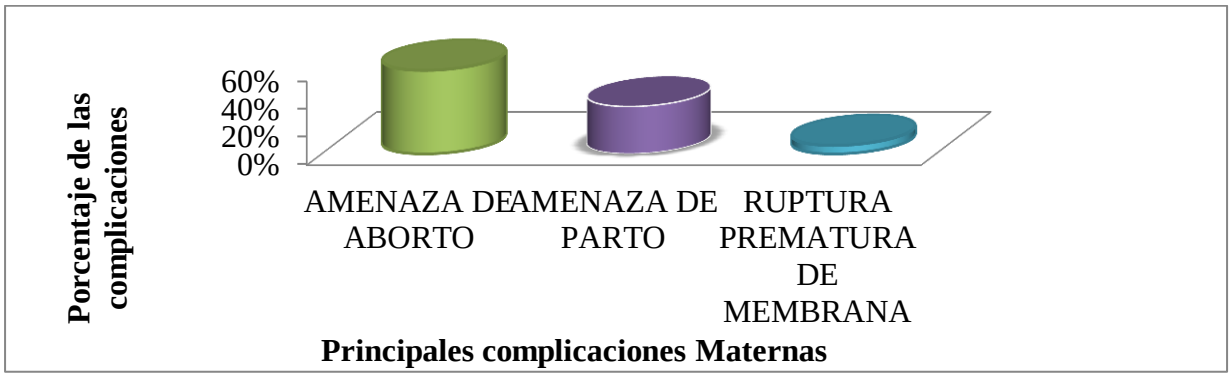
Fuente: Formulario de Recolección de datos

Análisis e Interpretación: El grafico nos muestra que el 40% corresponden a pacientes que se encuentran entre 21- 25 años y el 24% se encuentran entre 26- 30 años. Dato que se correlaciona con un estudio realizado en el año 2014 por la universidad central donde revela que las pacientes gestantes con mayor riesgo fueron pacientes de 20 a 25 años.

PRINCIPALES COMPLICACIONES QUE SE PRESENTARON EN RELACIÓN A LAS INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO EN USUARIAS DEL HOSPITAL BÁSICO DE BABA

Principales Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje
Amenaza de Aborto	30	60%
Amenaza de Parto	17	34%
Ruptura Prematura de Membrana	3	6%
TOTAL	50	100%

CUADRO N° 14



Elaborado por: Autores del trabajo de titulación.

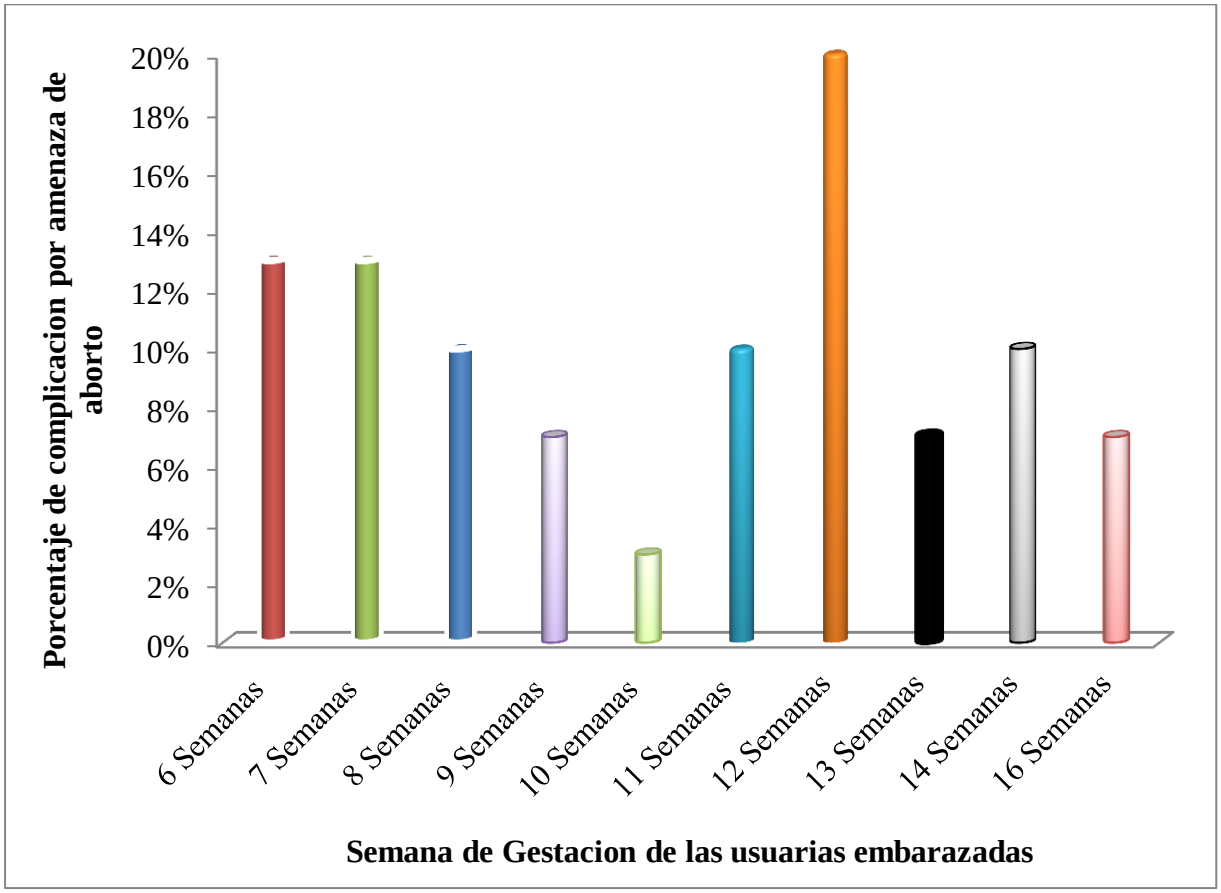
Fuente: Formulario de Recolección de datos

Análisis e Interpretación: Entre las complicaciones que se presentaron debido a las Infecciones de Vías Urinarias en el Embarazo la más frecuente fue la Amenaza de Aborto con un 60%, y la menos frecuente fue la Ruptura Prematura de Membranas con un 6%. La cual en un estudio realizado en el hospital Enrique Sotomayor en el año 2013 nos revelo que la complicación más frecuente fue la amenaza de parto prematuro con un 55% y la menos frecuente fue la ruptura prematura de membrana con un 15%.

COMPLICACIÓN QUE SE PRESENTA POR SEMANAS EN USUARIAS CON INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO EN RELACIÓN A LA AMENAZA DE ABORTO.

SEMANAS DE EMBARAZO	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
6 Semanas de Gestación	4	13%
7 semanas de Gestación	4	13%
8 Semanas de Gestación	3	10%
9 Semanas de Gestación	2	7%
10 Semanas de Gestación	1	3%
11 Semanas de Gestación	3	10%
12 Semanas de Gestación	6	20%
13 Semanas de Gestación	2	7%
14 Semanas de Gestación	3	10%
16 Semanas de Gestación	2	7%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 15



Elaborado por: Autores del trabajo de titulación.

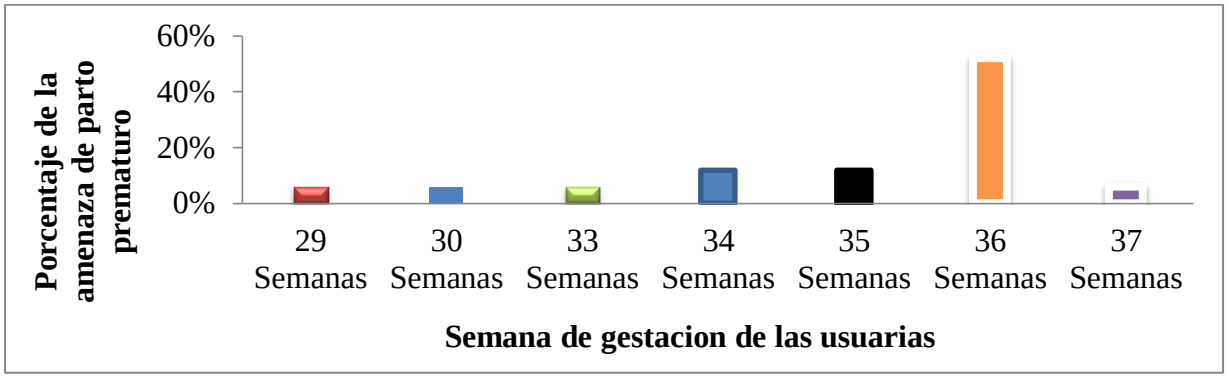
Fuente: Formulario de Recolección de datos

Análisis e Interpretación: El grafico nos demuestra que la semana de gestación más frecuente en la cual se presentó la Amenaza de aborto en las usuarias embarazadas con Infecciones de Vías fue a las 12 semanas de gestación que correspondió al 20%; seguido con 13% a las 6 y 7 semanas de gestación y la menos frecuentes fue a la 10 semanas de gestación. Lo que se correlaciona con un estudio realizado en abril del año 2014 donde se demostró que el 40 % de las amenazas de aborto se da a las 8 y 12 semanas de gestación.

COMPLICACIÓN POR SEMANAS DE GESTACIÓN EN USUARIAS CON INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO EN RELACIÓN A LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO.

SEMANAS DE EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
29 Semanas de Gestación	1	6%
30 Semanas de Gestación	1	6%
33 Semanas de Gestación	1	6%
34 Semanas de Gestación	2	12%
35 Semanas de Gestación	2	12%
36 Semanas de Gestación	9	52%
37 Semanas de Gestación	1	6%
TOTAL	17	100%

CUADRO N° 16



Elaborado por: Autores del trabajo de titulación.

Fuente: Formulario de Recolección de datos

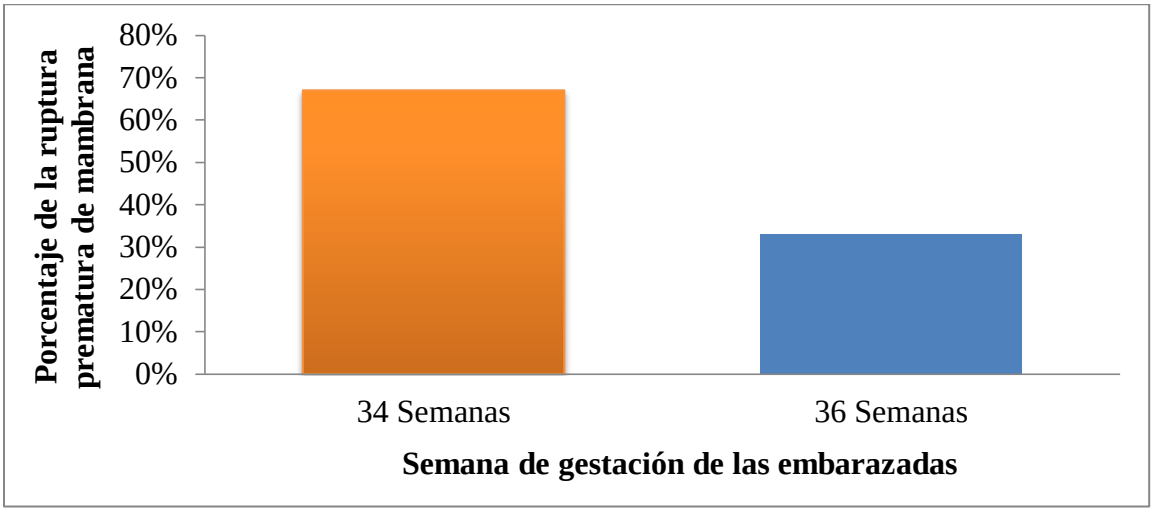
Análisis e Interpretación: Entre las principales complicaciones de Infecciones de Vías Urinarias las más frecuentes por semanas de gestación es la Amenaza de Parto Prematuro a las 36 semanas

de gestación que corresponden el 52%, mientras que a las semanas 29,30,33 y 37 fueron las menos frecuente con un 6%. Dato que se correlaciona con el informe 'Nacido demasiado pronto', de la Organización Mundial de la Salud (OMS), alerta sobre el incremento del número de nacimientos prematuros durante los últimos años. Y es que nacer a la semana 36 de gestación hace a los recién nacidos más vulnerables.

COMPLICACIÓN POR SEMANAS DE GESTACIÓN EN USUARIAS CON INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO EN RELACIÓN A LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA

SEMANAS DE EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
34 Semanas de Gestación	2	67%
36 Semanas de Gestación	1	33%
TOTAL	3	100%

CUADRO N° 17



Elaborado por: Autores del trabajo de titulación.

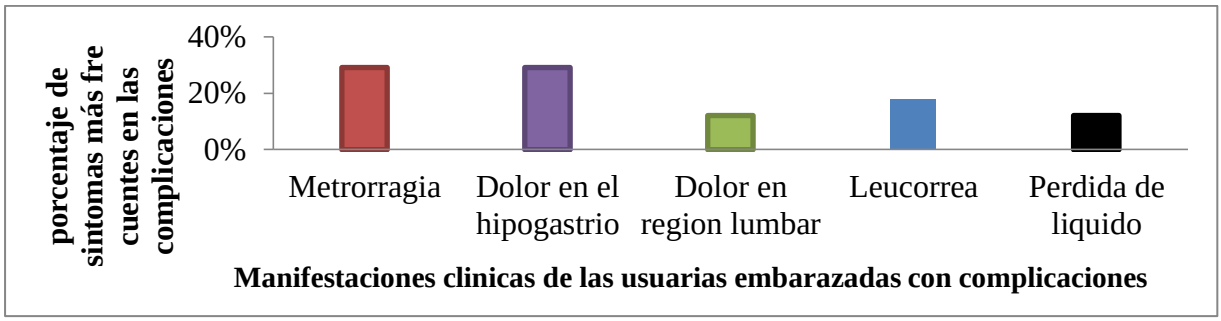
Fuente: Formulario de Recolección de datos

Análisis y Interpretación: El 67% corresponde a las 34 semanas de gestación , mientras que 33% pertenece a las 36 semanas de gestación .Según la literatura la Ruptura Prematura de Membrana afecta entre el 30-50% de las RPM pretérmino.(medicinafetalbarcelona.org)

LOS SÍNTOMAS MAS FRECUENTES QUE PRESENTARON LAS USUARIAS EMBARAZADAS CON INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS DURANTE SUS COMPLICACIONES EN EL HOSPITAL BÁSICO DE BABA.

SÍNTOMAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Metrorragia	50	34%
Dolor en el hipogastrio	50	34%
Dolor en región lumbar	10	6%
Leucorrea	30	20%
Perdida de liquido	9	6%
TOTAL	149	100%

CUADRO N° 18



Elaborado por: Autores del trabajo de titulación.

Fuente: Formulario de Recolección de datos

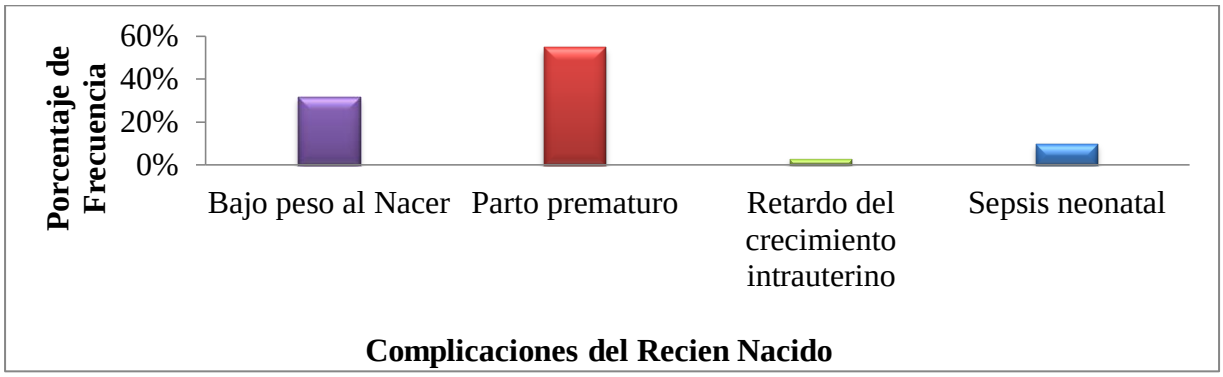
Análisis e Interpretación: Entre los síntomas que se vieron afectados según la estadística fueron metrorragia y dolor en el hipogastrio por lo tanto llegamos a la conclusión que son los síntomas principales en las complicaciones del IVU en el embarazo. Según la bibliografía las principales complicaciones son: Aumento del sangrado transvaginal, cólicos abdominales y perdida de líquido amniótico. (Guía Práctica Clínica).

COMPLICACIONES QUE PRESENTARON LOS RECIÉN NACIDOS

EN EL HOSPITAL BÁSICO BABA

COMPLICACIONES	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Bajo Peso al Nacer	10	32%
Parto Prematuro	17	55%
Retardo de crecimiento Intrauterino	1	3%
Sepsis Neonatal	3	10%
TOTAL	31	100%

CUADRO N° 19



Elaborado por: Autores del trabajo de titulación.

Fuente: Formulario de Recolección de datos

Análisis e Interpretación: El grafico nos muestra que la complicación del recién nacido que más se presentó en las usuarias con infección de vías urinarias fue Partos Prematuros con un porcentaje de 55 %, la complicación que menos se presento fue el retardo de crecimiento uterino con un 3% y el resto fueron referidos a otros Hospitales de Mayor Complejidad. Datos importantes que podrían ayudar a una investigación posterior más profunda.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

Después de realizada la investigación se determinó que en el Hospital Básico Baba se hacen atender usuarios de diferentes procedencias y edades, en la cual se determinó según su procedencia sociodemográfica que el mayor porcentaje se encuentra en la zona rural .El rango de edad con mayor porcentaje en infección de vías urinarias son de 15 – 20 años .

Debido a la morbimortalidad materna y perinatal que implica la infección de vías urinarias en el embarazo es indispensable la identificación y erradicación temprana de la bacteriuria asintomática, esto con el fin de evitar su evolución a cistitis o pielonefritis y demás complicaciones.

Un control prenatal óptimo en las mujeres embarazadas según la organización mundial de la salud comprende un mínimo 5 chequeos, la cual no se están realizando las usuarias del Hospital Básico de Baba motivos por el cual aumentan sus factores de riesgo.

Se estableció que la infección de vías urinarias si constituyo la principal complicación de amenaza de aborto en el Hospital Básico Baba, ya que las usuarias presentaron dicha complicación, diagnosticándose con mayor frecuencia en la Semana 12 seguida de la Semana 6 y 7 de gestación.

El principal germen detectado mediante Urocultivo es el Echerichia coli, en correlación con lo ya conocido por bibliografía.

Dentro de los tratamientos ambulatorios aplicados con diagnóstico clínico posterior a resultados del urocultivo, la Nitrofurantoina, es la terapia farmacológica más recomendada por el MSP.

Con los resultados obtenidos se pudo cumplir los objetivos determinando que las características sociodemográficas, los antecedentes Gineco-obstétricos, las manifestaciones clínicas y los exámenes obtenidos pueden ayudarnos a caracterizar las infecciones de vías urinarias, y establecer las complicaciones que se pueden presentar en las pacientes en las cuales no se logra precisar el tipo de tratamiento más eficaz.

RECOMENDACIONES:

Las infecciones de vías urinarias constituyen un factor de riesgo para la amenaza de aborto en las embarazadas, por ello se propone a la institución fortalecer el programa de atención prenatal para mejorar la atención e incentivar a la población a que acudan a los controles dándoles a conocer los riesgo a los que están expuestos la madre y el producto.

Orientar y capacitar a las pacientes y familiares sobre las medidas de prevención para así poder fortalecer su salud física, mental y personal.

Recomendamos fortalecer los Protocolos de Atención del MSP del Ecuador en el personal médico y vigilar el cumplimiento del mismo.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Guía práctica clínica del MSP de las infecciones de vías urinarias en el embarazo. 2013
2. http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2013/clase2013_patologia_urinaria_y_embarazo.pdf
3. http://www.colombianadesalud.org.co/GUIAS_ATENCION_MEDICINA
4. http://espanol.babycenter.com/a900772/infecci%25C3%25B3n-urinaria-durante-el-embarazo#ixzz4CjV0NnLU
5. Downloads/art.original_preva_vias_urina.pdf
6. http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_infeccion_v_u.pdf
7. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662015000100006
8. http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-restriccion-crecimiento-intrauterino-S0716864014706443
9. http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v80n6/art10.pdf
10. http://www.scielo.cl/pdf/rci/v32n4/art03.pdf
11. http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc145i.pdf
12. http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/bitstream/11158/125/1/203378.pdf
13. http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1817/1/Complicaciones%20de%20infeccion%20de%20vias%20urinarias%20%20durante%20el%20embarazo%20Yuliana%20villa.pdf

14. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia Infección urinaria y gestación 2013. www.elsevi e r.es/pog.
15. http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-infeccion-urinaria-gestacion-actualizado-febrero-S030450131300191X
16. http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/MSP_RUPTURA-PREMATURA_21122015.pdf

ANEXOS

REVISIÓN DE CARPETAS

Baba, 23 de Agosto Del 2016

Doctora:
CAROLINA MOREIRA MEJIA
DIRECTORA DEL HOSPITAL BÁSICO DE BABA

De nuestras consideraciones:

Nosotras, **HERNÁNDEZ NEGRETE ANDREA** y **VILLACRESES CHILAN MARÍA JOSÉ**, egresadas de la Carrera De Medicina de la UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI, le solicitamos a usted muy respetuosamente que nos permita tener acceso a las Historias Clínicas de las pacientes embarazadas de su prestigio Hospital Básico de Baba para poder así realizar nuestro Trabajo de Titulación con modalidad de proyecto de investigación.

Por la favorable atención a la presente, le reiteramos nuestro agradecimiento.

Atentamente:

HERNÁNDEZ NEGRETE ANDREA
CI: 1313239434

VILLACRESES CHILAN MARÍA JOSÉ
CI: 1312759440

CENTRO DE SALUD HOSPITAL BABA
Baba - Los Ríos

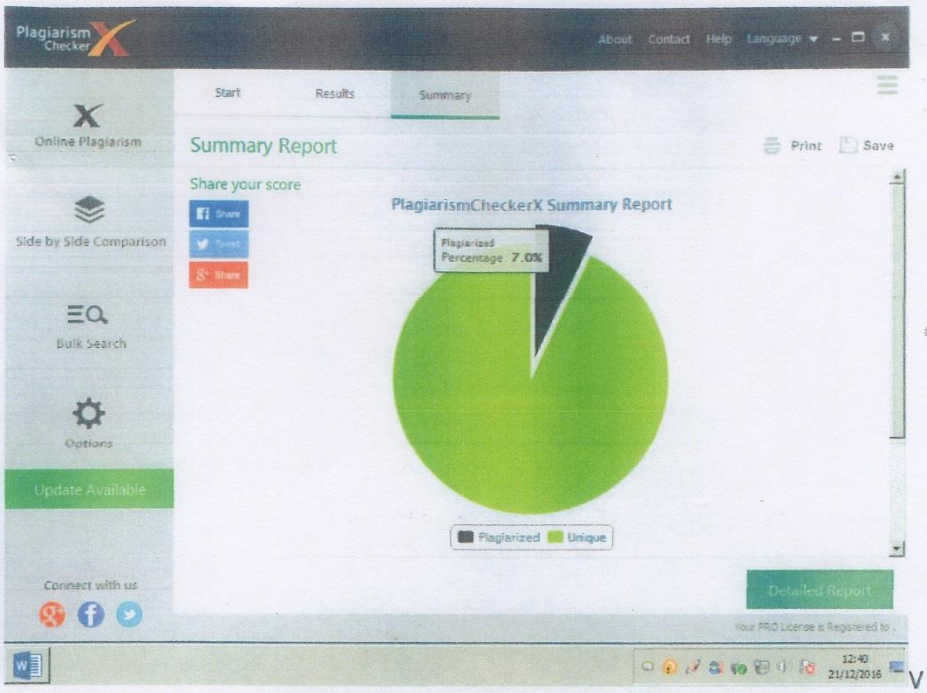
Plagiarism Checker X Originality Report

Similarity Found: 7%

Date: miércoles, diciembre 21, 2016
Statistics: 171 words Plagiarized / 2416 Total words
Remarks: Low Plagiarism Detected - Your Document needs Optional Improvement.

TEMA: INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO EN USUARIAS DE 15 A 30 AÑOS EN EL HOSPITAL BÁSICO BABA AUTORES: HERNÁNDEZ NEGRETE ANDREA VILLACRESES CHILAN MARÍA JOSÉ INTRODUCCIÓN El sexo femenino resulta la más afecta debido a urinarias generalmente desapercibidas debida a la poca vigilancia médica gestante, su importancia radica en que pueden repercutir tanto materna, como la evolución del embarazo (parto infección y perinatal) Los microorganismo involucrados son principalmente las enterobacterias, entre las cuales están: Echerichia coli, Klebsiella sp, Proteus mirabilis y Enterobacter sp Además, hay algunos cocos Grampositivo que son agentes etiológicos frecuentes, como Staphylococcus saprophyticus y Enterococcus fecalis desarrollan de manera fácil urinarias(IVU) debido a cambios funcionales, hormonales y anatómicos, además de la localización del meato uretral expuesto a bacterias uropatogenas y de vagina que acceden al tractourinario.Echerichia coli es el patógeno más frecuentemente aislado en IVU Uno a veintinueve por ciento se complica por una infección urinaria, admisiones hospitalarias durante este periodo Su incidencia se estima en para la bacteriuria son: IVU retención urinaria neurogenica, bajas, paridad, actividad sexual y sickle-cell-trait Las complicaciones principales que se enfrentan una mujer con urinarias; parto pretérmino, membranas, renal, entre otras madre podría tener riesgos como prematuridad, pielonefritis son una amenaza para el feto y la madre, situación que exige aplicar esquemas óptimos de tratamiento antimicrobiano siendo esto considerado dada las repercusiones en el binomio madre-hijo a nivel de actividad sexual y embarazo y uréteres En el Ecuador diez 20-40%, embarazadas que presente complicaciones asociadas conefecto, las estadísticas muestran que las infecciones en vías urinarias afecta solo estas la reproducción de microorganismos aproximadamente edades, estas, puede presentar una recurrencia FORMULACIÓN DEL PROBLEMA ¿Cómo está caracterizada usuarias 30 años en el Hospital Básico Baba? ANTECEDENTES El Hospital Básico Baba, Institución pública de 2°nivel de atención y 3° perteneciente al Distrito 12D01, ofrece servicios acorde a su tipología, cuenta con un centro ginecoobstetrico para cubrir partos y cesáreas Con una población de 37 267 habitantes y 854 embarazadas, recibe pacientes gestantes de todo el cantón y de 8 unidades operativas satélites Cuenta con 3 cirujanos, 1 ginecólogo, 1 pediatra, 1 anestesiólogo y 4 obstetrices cuentan con una habitación para maternidad con 8 camas censables, además de la necesidad que pueda presentarse la cual es cubierta en las otras salas En los archivos de estadística del Hospital Básico Baba se encuentran datos de 2015 se presentaron 149 casos el embarazo, con un 30 años, procedentes de las diferentes unidades Cantón Baba Entre las principales complicaciones encontradas tenemos: amenazada de aborto 30 pacientes, amenazada de parto 17 pacientes y son 3 pacientes, el resto no se manifestaron complicaciones Por tal motivo este chequeos que el médico realizará durante Algunas pueden desencadenar cuadros infecciosos que Es importante acudir a los controles prenatales, si observa estos síntomas y comunícaselo al doctor JUSTIFICACIÓN En el Ecuador, corresponden a una relación de 20 a 1 están propensas a sufrirde el 4% a enfermedades renales Los embarazos de complican por las infecciones urinarias, según el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censo 2013) ubican en el noveno puesto en relación a morbimortalidad materna, 14.3% común para presentar higiene personal una patología importante la segunda causa en recién nacidos, siendo los más vulnerables a contraerlas su estado de gravidez, presentando síntomas como dolor y ardor al orinar, mal olor en el orina, secreciones vaginales o ningún síntoma Esto bebe y al mismo tiempo representa un en y posteriormente de Aumenta parto prematuro y de recién nacido de bajo peso La mortalidad fetal más alta infección ocurre durante los 15 días que anteceden al parto lo más importante es acudir al control prenatal para poder detectarlas a tiempo y recibir el tratamiento adecuado Este chequeos que el médico realizará durante Actualmente esta patología en Ecuador algunas bacterias causantes han incrementado su resistencia, el diagnóstico oportuno, seguido adecuado evitara secuelas y muerte Es fácil diagnosticarla en etapas tempranas con métodos sencillos de dar a para disminuir fetal, planteando una propuesta y fortaleciendo los métodos de oportuno OBJETIVO: Objetivo General: Caracterizar usuarias 30 años en el Hospital Básico Baba Objetivo Específico: Determinar las características sociodemográficas y antecedentes obstétricos de las usuarias que presentan Establecer las complicaciones que se dan que presentan Precisar el tipo de tratamiento que se utilizaría en MARCO TEÓRICO es gérmenes patógenos en la orina por vejiga o el riñón, son un problema común para las mujeres Se clasificó según el nive asintomático (bacteriuria pielonefritis), VÍAS DE INFECCIÓN URINARIA hemáticas La vía ascendente es la más importante, y es seguida por los gérmenes que habitan en la vejiga o que llegan a ella linfohematica obstrucción del Como en todas las infecciones, la MECANISMO Esto Actividad bacteriana del introito FISIOPATOLOGÍA Los cambios fisiológicos inician alrededor de la semana 20, facilitando el desarrollo a menudo, producen lentamente, hasta completarse 8 semanas (un tercio a la semana, un tercio al mes y el tercio restante a los 2 meses) Factores mecánicos -El crecimiento uterino ocasiona, de forma progresiva, que el uréter se alargue, se desplace lateralmente y se vuelva tortuoso Por otra parte, a medida que el útero aumenta su volumen también comprime la vejiga, favoreciendo residuo post miccional -La dilatación comienza en la pelvis renal y continua de forma progresiva por el uréter, es menos en el tercio inferior ITU dextroposición uterina y porque efectos mecánicos sobre hace que 9 de cada 10 pielonefritis se localicen en ese lado Factores hormonales -La progesterona disminuye el tono y la contractilidad de las fibras musculares lisas del esfinter uterovesical y del uréter, favoreciendo el reflujo vesicoureteral, estancamiento migración bacteriana ascendente Este el 3.5% siendo más frecuente -Los estrógenos pueden inducir una hiperemia en el trígono favoreciendo la adherencia epitelio Factores funcionales -Aumento de volumen plasmático y del gasto cardiaco, que producen un incremento del filtración glomerular de alrededor del 40% También aumenta El índice de filtración glomerular aumenta progresivamente desde la 15-36 semana - se diabetes -Disminución de la concentración de la creatinina y urea en plasma - La actividad peristáltica de la vía urinaria esta disminuida en el 80-90% por Otros Factores son: -Aumento de la longitud renal en 1cm Cambio en la posición de la vejiga (más abdominal que pélvica) -Aumento del pH por el incremento de la excreción de bicarbonato y la mayor concentración urinaria de azúcares, estrógenos y aminoácidos, favoreciendo así el crecimiento bacteriano -Menor actividad del sistema inmune El ambiente hipertónico de la medula renal inhibe la fagocitosis, la migración leucocitaria y la actividad del complemento (incidencia de la drepanocitemia fundamententalmente en la raza negra, duplica BA); diabetes gestacional y la pregestacional; trasplante renal, gestantes portadoras de reservorios ileales y COMPLICACIONES DE LA INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS las siguientes Las complicaciones más frecuentes asociadas son: Aborto Prematuro Parto Prematuro COMPLICACIONES MATERNAS AMENAZA DE ABORTO amenaza es definida con el sangrado intrauterino que se origina embarazo,

ones uterinas Alrededor del a abortar Datos Clínicos: Amenorrea secundaria, Prueba de embarazo positiva, fetal, sangrado uterino de magnitud , hipogastrio de magnitud variable, evidente ABORTO espontánea o provocada ocurren aborto es muy abundante dividiéndose en factores fetales o ómicos, factores maternos y ambientales; donde encontramos ubicada maternos en el aporte de las infecciones; al evaluar la etiología completa del resulta ser una significancia muy baja pero al referirnos al que abarca este estudio resulta ser que el aborto como complicación esperada en cobra rtancia no más frecuentes pero ocupa un lugar importancia en esta relación RUPTURA PREMATURA DE Es una causa de parto de mortalidad natal de la latencia AMENAZA DE PARTO PREMATURO La amenaza así como presenta una similar incidencia su morbimortalidad neonatal, almente encontrándose en esta entidad una ocurrencia del 5-10% de los nacimientos condiciones, presente las gestantes manifestaciones clínicas de la elonefritis, al no ser tratada es la más relacionada a casos de amenaza y parto pretérmino COMPLICACIONES FETALES PARTO PREMATURO entre s 20 y 36 semanas Su diagnóstico es principalmente clínico, incluyendo: cervicales Más de 27% de partos pretérmino Menos del clínica prematuro Entre ncontramos genitales y del tracto uterino, enfermedades periodontales, entre otros, pero ellos y el PPT claramente demostrada por estudios recientes, o bien, los resultados han sido contradictorios BAJO PESO AL NACER (BPN), ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el menor de 2500gr, independientes de cualquiera que sea la causa, y es el índice predictivo más importante infantil , sobro todo la neonatal, es por ello que actualmente bajo peso Existen diversos factores BPN son los riesgos médicos previos al embarazo como: hipertensión arterial, enfermedades renales, tiroideas, cardiorespiratorias y autoinmunes antecedentes de BPN en partos previos, riesgos médicos como ser hipertensión arterial gestacional, durante la gestación, intervalo intergenésico corto, diabetes gestacional, infecciones urinarias y hemorragias transvaginales entre otros En relación a estos datos se estiman que más del 96% BPN ocurren en desarrollo, lo que país; el BPN se asocia también con la condiciones y características en tales como una dieta deficiencia, condiciones sanitarias que favorecen contraer infecciones y embarazos adolescente RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO (RCF), la condición por la cual un feto no expresa su potencialidad genética de crecimiento Los casos clínicos precoz tienen a ser más severos, representan un RCF, se asocian a preeclampsia hasta alta, dada agrupa infección, anomalías cromosómicas o genéticas como factores patológicos intrínsecos del feto y otra, la secundaria severa La RCIU está asociada de forma indirecta con complicaciones perinatales a corto plazo como son la asfixia intraparto (explicada crónica a la que son sometidos estos fetos sumados a la disminución parto), convulsiones, prematurez, significativo en las admisiones a SEPSIS NEONATAL de lavirus y hongos primeras tiene RN (RNMBP) sepsis clínica definida como deterioro térmica, frecuencia cardíaca del estado neurológico; o alteración en las variables hemodinámicas: tensión arterial por debajo de edad y llenado capilar de segundos Los RN presentan infecciones debido, entre otras cosas condiciones, a su inmadurez inmunológica los pacientes más afectados amnióticas general la ser las responsables del 10-15% sintomático agudas joven -Bacilos gramnegativos: Escherichia coli (85%), seguidos en orden de frecuencia (3%), Serratia, Pseudomonas y Citrobacter (1-2%) requieren hospitalización -Cocos grampositivos: Streptococcus agalactiae es el más frecuente debe realizar saprophyticus y Enterococcus causan menos Presente en 1-2% Recurrencia de 10-20% en la misma gestación FORMAS CLÍNICAS clínico, puede presentarse tanto pielonefritis) ascendente, motivo por el cual la infección a nivel de la vejiga que a nivel renal BACTERIURIA ASINTOMÁTICA: colonias/ml En general la frecuencia de aparición de Las bacteriurias asintomáticas semanas de embarazo CISTITIS: Colonización sintomática de bacterias /ml que sintomatología urinaria y sistémica Presente en 1 a 14% de embarazos Desde un microbiológico los gérmenes implicados asintomáticas aparición repentina: disuria, supra púbico uretra durante o micción La orina suele ser de aspecto turbio (presencia de leucocitos) y con poso purulento (leucocitos piuria) La cistitis asociada a dolor lumbar, signos y fiebre indica siempre afectación renal PIELONEFRITIS compromete que incorrectamente y que ocasiona indicaciones hospitalización DIAGNOSTICO DE estarán asintomáticas inicialmente evidencia (Dipsticks) que detectan leucocitosis, nitritos y bacterias tiene una sensibilidad baja, misma que disminuye ante leucorrea Se debe realizar tamizaje con urocultivo para oportuno de BA -La BA sin tratamiento progresa 20% a 40% -La BA sin tratamiento membranas, productos CISTITIS En mujeres sobre ser tratamiento) polaquiuria, urgencia urinaria, vaginales), sin evidencia de enfermedad sistémica, alta (70-80%) de cistitis TRATAMIENTO debe estar dirigido para y debe ser seguro para feto La droga nuestros países es la Nitrofurantoína por sus bajas niveles de betalactamasas son la terapéutica inicia tratamiento con siguientes antibióticos según evidencia de farmacoresistencia local en Ecuador Nitrofurantoína liberación retardada 100mg cada 12 horas (no sobre 37 semanas) Nitrofurantoína 50-100mg cada 6 horas (no sobre 37 semanas) Fosfomicina 3grFosfomicina 500mg VO Cefalosporina de segunda generación 250-500mg VO cada 6 horas Cabe recalcar que el MSP menciona que trimetoprim sulfametoxazol está contraindicado en por su inhibición del metabolismo de folatos y asociación a se ha asociado con ictérica en El tratamiento antibiótico supresivo (profilaxis parto) puede ser adecuado en que persiste tras ciclos adecuado Se puede usar diaria de nitrofurantoína oral (50-100mg al acostarse) durante el resto del embarazo si el microorganismo es sensible supresiva, mensuales eficacia del tratamiento profiláctico, una dosis diaria de cefalexina oral o de cotrimoxazol, aunque éste último debe evitarse durante En en las pielonefritis, para el feto y resistencias al antibiótico en nuestra área y centros hospitalarios 5-7 días Cefuroxima axetilo 250mg/12 horas VO de 5-7 días Cefixima 400mg/24 horas VO de 5-7 días Segunda opción y/o alergia a beta-lactámicos Fosfomicina trometamol 3g Nitrofurantoína 50mg/6 horas VO por 7 días; 100mg/12 horas VO por 5 días tratamiento de antibiótico Sin embargo, la terapia durante 7 días con el tratamiento convencional Primera opción: Amoxicilina/clavulánico 1gr/8 horas IV por 14 días Cefuroxima axetilo 750mg/8 horas IV por 14 días Ceftriaxona 1gr/24 horas IV o IM por 14 días Segunda opción: Aztreonan 1gr/8 horas IV por 14 días Fosfomicina 100mg/kg/días por 14 días Gentamicina o Tobramicina 3mg/kg/día IV o IM por 14 días Si la fiebre ha descendido, a las 48-72 horas se pasará el mismo antibiótico a vía oral (según el antibiograma), hasta completar 14 días de tratamiento CONCLUSIONES: Después de realizada la investigación se determinó Hospital Básico Baba se hacen atender usuarios de diferentes procedencias y edades, se determinó según su procedencia sociodemográfica en un 74% son en la zona rural .El con mayor porcentaje en son de 15 – 20 años en un 41%, seguido de las usuarias de 21 -25 años con un 33%, dato que se correlaciona en estudios realizados nivel 2013 nos demuestran que esta patología tiene su este grupo de edad Se estableció si constituye la principal causa en el Hospital Básico Baba, ya que el usuarias presentaron dicha complicación, diagnosticándose la Semana 12 seguida de la Semana 6 y 7 de gestación El principal germen detectado mediante Urocultivo es el Echerichia coli, en correlación con lo ya conocido por bibliografía Como tratamientos Farmacológicos más utilizados se prescribió: Ampicilina Ampollas 1gr, Ácido Ascórbico Ampollas y el Clotrimazol Vaginal, complicaciones, la Ampicilina+sulbactam ampollas 1.5 gr y la Progesterona tratamientos ambulatorios aplicados con diagnostico clínico posterior a resultados del urocultivo, la Nitrofurantoina, es la terapia farmacológica más opcional RECOMENDACIONES: para en las embarazadas, propone a la institución fortalecer atención prenatal para mejorar la atención e incentivar a la población a que acudan a los controles dándoles a conocer los riesgo a los que están expuestos Orientar las pacientes y familiares sobre para así poder fortalecer su salud física, mental y personal Recomendamos fortalecer los del MSP del Ecuador en el personal médico y vigilar el cumplimiento


Plagiarism Checker X
About
Contact
Help
Language
Start
Results
Summary
Online Plagiarism
Side by Side Comparison
Bulk Search
Options
Update Available
Connect with us
Summary Report
Print
Save
Share your score
PlagiarismCheckerX Summary Report
Plagiarized Percentage 7.0%
Plagiarized
Unique
Detailed Report
12:40
21/12/2016