

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
UNIDAD CENTRAL

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA



INFORME FINAL

**INFECCION DE VIAS URINARIAS COMO FACTOR DE RIESGO PARA
PARTO PRETERMINO EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS, UNIDAD
COMUNITARIA SAN LUIS, ENERO - DICIEMBRE 2016.**

Presentado Por:

Jennifer Lisseth Castillo Aguilar

Reina Iris Chávez Fuentes

Silvia Haydee Cruz Molina

Para optar al título de:

DOCTOR EN MEDICINA

Asesor:

Dr. José Ricardo Antonio Méndez Flamenco

San Salvador, 19 de Septiembre de 2017

CONTENIDO

RESUMEN	
INTRODUCCIÓN.....	i-ii
OBJETIVOS.....	1
MARCO TEORICO.....	2-29
HIPÓTESIS.....	30
DISEÑO METODOLÓGICO.....	31-32
VARIABLES.....	33-37
TÉCNICA DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN.....	38
PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.....	39
PRESENTACION DE RESULTADOS.....	40-49
DISCUSIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS.....	50
CONCLUSIONES.....	51
RECOMENDACIONES.....	52-53
BIBLIOGRAFÍA.....	54-55
ANEXOS.....	iii

RESUMEN

Al momento no hay estudios sobre la infección de vías urinarias como factor de riesgo para parto pre término en adolescentes embarazadas en la UCSF San Luis Meanguera motivo por el cual es de interés este estudio; se tomaron a las pacientes que se inscribieron de enero-diciembre 2016, por medio de la observación directa, elaboración de un cuestionario aplicado a los expedientes clínicos que se revisaron y apoyo de datos de base del MINSAL. Se identificaron los síntomas, el análisis del examen general de orina para conocer la prevalencia de las infecciones de vías urinarias en las adolescentes que acudieron a su control prenatal y se demostró en que trimestre del embarazo se dieron con mayor frecuencia.

100% de las pacientes presento francamente una infección de vías urinarias, 58% presentaron parto pre término, 17.64% no han verificado parto, 5.88% finalizo en aborto; el síntoma clínico predominante fue disuria que corresponde a un 82.35%, 11.76% fueron asintomáticas; la mayor frecuencia se dio en el segundo trimestre del embarazo con un 65.38%, seguido de un 26.92% en el tercer trimestre y en menor porcentaje de 7.69% en el primer trimestre. La población estudiada muestra factores de riesgo que predisponen a padecer infecciones de vías urinarias entre los cuales se encuentra malos hábitos higiénicos, bajo nivel educativo, ocupación. Se recomienda al personal de salud adquirir los conocimientos básicos para poder identificar, y tratar adecuada y oportunamente a toda mujer embarazada con infección de vías urinarias, esto con el apoyo del Ministerio de Salud.

INTRODUCCION

La presente investigación contiene información para reconocer a las infecciones de vías urinarias como factor de riesgo en parto pre termino en el embarazo en adolescentes en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Luis Meanguera en el periodo comprendido de enero a diciembre de 2016; como primer punto importante en esta investigación tenemos el concepto de infección de vías urinarias que se define como la presencia marcada de bacterias en cualquier lugar o a lo largo del tracto urinario.

Dicha investigación se realizó mediante la observación de los expedientes clínicos de los embarazos en adolescentes que se dieron en la unidad comunitaria de salud familiar San Luis Meanguera en el periodo de tiempo antes mencionado; teniendo en cuenta que la Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el periodo comprendido de 10 a 19 años; haciendo énfasis que en la unidad comunitaria de salud familiar San Luis Meanguera Morazán hasta el momento no se ha realizado ningún estudio sobre infección de vías urinarias como factor de riesgo en parto pretérmino en el embarazo en adolescentes, motivo por el cual es de mucho interés para tratar de establecer cuál es la magnitud y caracterización de la problemática a la que nos estamos enfrentando y poder disminuir la morbimortalidad perinatal la cual justifica la realización del estudio.

De esta manera se obtuvo información valiosa sobre aspectos o sintomatología clínica que presentaron las pacientes las cuales estén relacionadas con infección de vías urinarias y también revisar en cada expediente clínico el examen general de orina para analizar si se presentó francamente una infección de vías urinarias y conocer el periodo exacto en la cual se presentó dicha infección; además explicar cómo las infecciones de vías urinarias afectan al feto y relacionar clínicamente el porqué de los partospretérmino en estas pacientes.

Se destaca que el hecho de que las infecciones de vías urinarias han pasado de ser consideradas como una complicación leve del embarazo a un problema de salud pública, por lo que la presente investigación tiene importancia social, ya que motiva a buscar

alternativas de solución al problema en el medio profesional, determinar la calidad de atención en las adolescentes embarazadas que presentan amenaza de parto pretérmino y que su factor de riesgo son las infecciones de vías urinarias; con acciones que contribuyan a satisfacer las necesidades de las pacientes que acuden a esta unidad comunitaria de salud familiar haciendo énfasis en la importancia de los controles prenatales.

Es factible la investigación del problema escogido, por cuanto existe experiencia teórica, práctica, se dispone de bibliografía, acceso a la información de campo y se cuenta con los recursos que requiere la investigación, para finalizar demostrar cuántas de estas adolescentes embarazadas presentaron un parto pretérmino el cual ocurre antes de las 37 semanas de gestación.

OBJETIVOS

GENERAL

Demostrar la infección de vías urinarias como factor de riesgo para parto pre término en adolescentes embarazadas, Unidad Comunitaria San Luis, en el periodo de enero diciembre 2016.

ESPECIFICOS

- Identificar los síntomas que las embarazadas adolescentes relacionan con infección de vías urinarias.
- Analizar la prevalencia de infecciones de vías urinarias en embarazadas adolescentes que acudieron a su control prenatal.
- Demostrar en que trimestre de embarazo se dieron con mayor frecuencia las infecciones de vías urinarias.
- Describir cuantas adolescentes embarazadas presentaron parto pre término como factor de riesgo.

MARCO TEORICO

INFECCION DE VIAS URINARIAS

La infección de vías urinarias es una entidad clínica común y dolorosa de seres humanos que por fortuna ha ido menguando rápidamente con el tratamiento antibiótico actual. Antes de contar con los antibióticos, las Infecciones del Tracto Urinario ocasionaban notables complicaciones. Hipócrates, al tratar sobre una enfermedad que al parecer era una cistitis aguda, señaló que podía persistir durante un año antes de mostrar curación o empeorar y afectar los riñones. Cuando en los comienzos del siglo XX se comenzaron a utilizar antimicrobianos para tratar Infecciones del tracto Urinario, éstos fueron relativamente ineficaces y con frecuencia la infección persistía después de tres semanas de tratamiento. La nitrofurantoína, distribuida en el mercado en el decenio de 1950, fue el primer fármaco tolerable y eficaz para tratar las Infecciones del tracto Urinario.

La manifestación más habitual de dichas infecciones es la cistitis aguda y esta última es mucho más frecuente en mujeres que en varones; por esto último, gran parte de las investigaciones en seres humanos sobre la enfermedad se ha llevado a cabo en mujeres. Muchos estudios han incorporado a mujeres de instalaciones universitarias o grandes organizaciones de conservación de la salud en Estados Unidos. Por esa razón, al revisar las publicaciones y las recomendaciones en cuanto a las Infecciones del tracto Urinario, es importante que los clínicos consideren si los datos de tales estudios son válidos para sus poblaciones de pacientes.

DEFINICIONES

Las Infecciones del Tracto Urinario pueden ser asintomáticas (infección subclínica) o sintomáticas (enfermedad).

Por la razón comentada, el término *Infección del tracto urinario* comprende diversas entidades clínicas que incluyen bacteriuria asintomática (ABU, *asymptomatic bacteriuria*), cistitis, prostatitis y pielonefritis.¹ La diferenciación entre Infección de Vías Urinarias sintomática y Bacteriuria Asintomática conlleva consecuencias clínicas importantes. Las dos entidades patológicas denotan la presencia de bacterias en las vías urinarias, casi siempre acompañadas de leucocitos y citocinas inflamatorias en la orina

Sin embargo, la Bacteriuria Asintomática se genera sin que surjan síntomas atribuibles a la presencia de bacterias en las vías urinarias y casi nunca necesita tratamiento, en tanto que de manera más característica, la denominación Infección del Tracto Urinario ha terminado por denotar la entidad sintomática que justifica el uso de antimicrobianos. Gran parte de las publicaciones sobre infecciones del tracto urinario, en particular las infecciones por la presencia de una sonda, no diferencian entre infecciones del tracto urinario y bacteriuria asintomática.

El término *Infección del Tracto Urinario* se usa para designar a la enfermedad sintomática, *cistitis* para señalar la infección sintomática de la vejiga y *pielonefritis* para nombrar a la infección sintomática de los riñones. La expresión *Infección del Tracto Urinario sin complicaciones* busca nombrar a la cistitis o la pielonefritis aguda en mujeres no embarazadas, que se encuentran fuera del hospital sin anomalías anatómicas ni introducción de instrumentos en las vías urinarias; *Infecciones del Tracto Urinario complicadas* es una expresión “incluyente” que engloba todos los demás tipos de infecciones del tracto urinario. La expresión *Infección del Tracto Urinario recurrente* no

¹ Dan L. Longo, Dennis L kaspr, J. Larry Jameson, Harrison Medicina from Mc Graw Hill Medical, principios de medicina interna 18 edición, capítulo 288 Infecciones de Vías Urinarias, pielonefritis y prostatitis.

es obligadamente complicada; algunos episodios individuales no muestran complicaciones y se les trata como tales.

BACTERIURIA SIGNIFICATIVA

El concepto de *bacteriuria significativa* ha cambiado, ya que se considera cuando el número de unidades es mayor de 100.000 UFC/ml, no obstante, en algunos casos de verdadera infección urinaria no se detecta bacteriuria importante. Por lo tanto en individuos sintomáticos, una cantidad de bacterias menor (10² a 10⁴ UFC/ml) indica infección.

Se entiende por *bacteriuria asintomática* la presencia 100.000 UFC/ml sin síntomas urinarios².

Las infecciones urinarias agudas se pueden clasificar en:

Infecciones de la porción inferior de las vías urinarias: que comprende uretritis y cistitis (infección de la vejiga); e infecciones de la porción superior: pielonefritis aguda (infección del riñón), prostatitis y abscesos intrarrenales y perinéfricos.

Infección del Tracto Urinario complicada y no complicada: La mayoría de los episodios de cistitis y pielonefritis son generalmente considerados como no complicados en adultos no gestantes sanas.

² Rozman C, Farreras P; Medicina Interna, Decimosexta edición, Editorial Elsevier,2006.

Una infección del tracto urinario complicada, ya sea localizada en el tracto inferior o superior, se asocia con condiciones subyacente que corresponden a diferentes factores de riesgo³:

Tabla 1. Factores de riesgo para infección del tracto urinario complicada

Hombre
Niños
ITU nosocomial
Sondaje vesical permanente
Alteraciones funcionales o estructurales de la vía urinaria
Obstrucción de la vía urinaria
Embarazo
Diabetes
Inmunodepresión
Enfermedades o daño neurológico que altere el funcionamiento vesical
Fracaso terapéutico
Recaídas
ITU recurrente en la infancia

EPIDEMIOLOGÍA

Las infecciones de tracto urinario son las segundas infecciones más frecuentes, después de las del aparato respiratorio.

Se estima que de un 40 a 50% de las mujeres padecerá al menos un episodio de infección del tracto urinario en su vida. Una de cuatro de estas mujeres desarrollará recurrencia y un 27% recurrirá en un plazo de 6 a 12 meses, usualmente por re-infecciones exógenas.

³ Hooton TM, Scholes D, Hughes JP et al. A prospective study of risk factors for symptomatic urinary tract infection in your women. New England Journal of Medicine 1996; 335: 468-474.

Se ha observado una incidencia de 0.5 a 0.7 cistitis aguda por año en mujeres jóvenes, con una prevalencia en edad escolar de 1% que asciende a 5% a los 20 años, con el comienzo de relaciones sexuales y embarazos⁴.

Las infecciones sintomáticas durante el primer año de vida son más frecuentes en varones, probablemente por anomalías congénitas de la uretra. Durante la infancia y adolescencia son infrecuentes tanto la bacteriuria como las infecciones sintomáticas. En ancianos, la bacteriuria asintomática es más común en hombres y mujeres llegando a superar el 25% de la población.

Corresponde a una de las infecciones bacterianas más frecuentes de la infancia, describiéndose que, a los 7 años, aproximadamente, 8% de las niñas y 2% de los varones han tenido al menos un episodio de infecciones del tracto urinario.

ETIOLOGÍA

La mayoría de las infecciones ocurre por ascenso a través de la uretra de microorganismos, pero puede también ocurrir con menor frecuencia por vía hematógena. Los microorganismos que infectan con mayor frecuencia son los bacilos gram negativos, entre ellos, *E. Coli* es el agente causal en más del 80% de los casos en pacientes sin patología urológica en ambiente extrahospitalario y causal del 50% de las infecciones intrahospitalarias. Siguen en frecuencia, otras enterobacterias (*Proteus mirabilis* y *Klebsiella spp*), y *staphylococcus saprophyticus*, este último provoca 10 a 15% de las infecciones sintomáticas en mujeres jóvenes especialmente en mujeres con vida sexual activa⁵.

⁴ Foxman B, Gillespie B, Koopman J, et al. Risk factors for second urinary tract infection among college women. Am J Epidemiol 2000; 151:1194.

⁵ Hooton TM, Stamm WE. Diagnosis and treatment of uncomplicated urinary tract infection. Infect Dis Clin North Am 1997; 11:551

Dentro de las infecciones hospitalarias se encuentra con mayor frecuencia *Enterobacter*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Serratia marcescens*, *Providencia*, *Morganella* spp y gérmenes gram positivos; *Enterococcus*, *Streptococcus* y *Staphylococcus* spp, y en algunas ocasiones hongos (ej, *Candida* spp).

En niños no circundados es frecuente *Proteus mirabilis*, probablemente por colonización del prepucio. En pacientes con instrumentación uretral aumenta la frecuencia de infecciones por gram negativos que no son *E. coli* y que además son resistentes a antibióticos habituales, entre ellos *Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus aureus* y *Staphylococcus epidermidis*.

Bacteria causing urinary tract infection			
	Community-acquired	Hospital-acquired	Pyelonephritis
<i>Escherichia coli</i>	77%	56%	69%
<i>Proteus mirabilis</i>	4%	6%	3%
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	4%	7%	9%
<i>Enterococcus faecalis</i>	4%	9%	6%
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	2%	4%	—
<i>Staphylococcus saprophyticus</i>	4%	—	—
<i>Staphylococcus aureus</i>	—	3%	—
Others	5%	15%	13%

FUENTES DE INFECCION:

De las fuentes de infección se puede distinguir tres vías⁶:

⁶ Foxman B. Recurring urinary tract infection: incidence and risk factors. Am J Public Health 1990; 80:331

1) Ascendente: es la más frecuente, consiste en el ascenso de gérmenes desde la uretra distal; la mayor incidencia de Infección del tracto urinario en mujeres demuestra la importancia de esta vía, esto en parte porque la uretra femenina es corta y está próxima a las zonas vulvar y perirrectal; es especialmente proclive a la colonización por bacilos gramnegativos del colon .

2) Hemática: se debe a la localización renal de ciertos procesos generalizados, por ejemplo, sepsis, en pacientes con bacteriemias o endocarditis estafilocócicas.

3) Linfática: muy rara; debido a la existencia de conexiones linfáticas entre la vejiga y los riñones a través del tejido submucoso ureteral.

CIRCUNSTANCIAS QUE INFLUYEN EN LA PATOGENIA:

Actividad Sexual: La uretra femenina es propensa a ser colonizada por bacilos gramnegativos del colon dada su proximidad al ano, su corta longitud (unos 4 cm) y su desembocadura bajo los labios. El coito propicia la introducción de bacterias en la vejiga y se asocia de manera temporal al inicio de cistitis; por lo que, parece esencial en la patogenia de las infecciones urinarias de las mujeres jóvenes.

Embarazo: Infecciones del tracto urinario en embarazadas tiene una alta frecuencia, esto se debe a la susceptibilidad de la porción superior de las vías urinarias durante la gestación por la disminución del tono ureteral, menor peristaltismo ureteral e insuficiencia temporal de las válvulas vesicoureterales⁷.

Obstrucción: al obstaculizar el flujo urinario, ya sea por tumor, estenosis, cálculo o

⁷ Franco Anna Virginia M, Recurrent urinary tract infections, Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. Vol. 19, No. 6, pp. 861–873, 2005

hipertrofia prostática, lleva a hidronefrosis y una frecuencia mucho mayor de infecciones urinarias.

Disfunción Vesical Neurogena: los trastornos de inervación de la vejiga se asocia a infecciones del tracto urinario, esto por la estancia prolongada de la orina.

Reflujo Vesicouretral: este trastorno se define como el reflujo de orina desde la vejiga hasta los uréteres y, en ocasiones, hasta la pelvis renal, y se produce al orinar o al incrementar la presión de la vejiga. La lesión anatómica de la unión vesicoureteral facilita el reflujo de las bacterias y, por lo tanto, la infección de la porción superior de las vías urinarias.

TRATAMIENTO

A continuación se muestran los fármacos recomendados:

:

Fármaco	Profilaxis poscoital	Profilaxis diaria
Norfloxacino	400 mg	200 mg
Nitrofurantoína (B-IIa)	50 mg	50 mg
Cotrimoxazol (B-IIa)	160/800 mg	80/400 mg
Fosfomicina	500 mg	500 mg
Cefalexina (B-IIa)		250 mg
Estriol (A)		0,5 mg crema estriol vaginal

A continuación, en la tabla se indica los fármacos, dosis y un comentario sobre su efectividad.

Tratamiento de la cistitis bacteriana en régimen terapéutico corto, pauta de tres días		
Trimetoprim	300 mg/ 400 mg dfa	
Cotrimoxazol	160mg/ 800mg/ 12h	Es preferible el trimetoprim exclusivamente
Nitrofurantoína	100 mg/ 50 mg cada 8 h	No efectiva contra Proteus spp
Norfloxacin	800 mg/ 400 mg cada 12 h	Muy eficaces
Ciprofloxacino	500 mg/ 250 mg cada 12 h	
Ofloxacino	400/ 200 mg cada 12 h	
Levofloxacino	250-500 mg cada 24 h	
Cefalexina	250-500mg/ 8h	Útiles en caso de insuficiencia renal
Cefuroxima	250mg/ 12h	
Cefaclor	250 mg cada 8 h	
Cefixima	400 mg cada 24 h	
Amoxicilina/ Ac. Clavulánico	500mg/ 125mg/ 12h	Problemas de intolerancia digestiva

MANEJO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL EMBARAZO⁸

⁸ Guía clínica de ginecología y obstetricia MINSAL

.24.3 Atención de embarazadas con infección de vías urinarias	NIVEL DE ATENCIÓN		
	I	II	III
1. Historia clínica: Mujer embarazada que da historia de... <ul style="list-style-type: none"> • IVU baja: Disuria, polaquiuria, frecuencia y urgencia urinarias, orina turbia y dolor suprapúbico. Ocasionalmente hay hematuria. • IVU alta: Fiebre, escalofríos, náuseas, vómitos, dolor lumbar, malestar general, además de los síntomas de IVU baja. 	x	x	x
2. Examen físico completo: <ul style="list-style-type: none"> • Tome Signos Vitales: TA, FC, FR y temperatura. • Evaluación abdominal: dolor abdominal puntos ureterales (+) y/o puño-percusión renal bilateral (+) • Evaluación obstétrica: según edad gestacional. 	x	x	x
3. Diagnóstico diferencial: <ul style="list-style-type: none"> • IVU baja: vulvovaginitis, • IVU alta: Apendicitis, litiasis renal, colecistitis, gastroenteritis, hepatitis, corioamnionitis, mioma uterino degenerado, tumor de ovario torcido, neumonía lobar. 			
4. Realice examen general de orina o prueba rápida con tira reactiva: Los elementos más importantes a medir son los nitritos y la esterasa leucocitaria. Criterios diagnósticos: <ul style="list-style-type: none"> • Nitritos (+) con esterasa leucocitaria (+): De tratamiento. • En caso de IVU alta: Puede haber piuria, leucocituria, hematuria, cilindros leucocitarios en el EGO. 	x	x	x
5. Informe a la paciente y su familia sobre su condición. Aclare sus dudas. Explique importancia de cumplir el tratamiento.	x	x	x

6. Tome urocultivo antes de iniciar el antibiótico en paciente con IVU sintomática, si está disponible en su establecimiento.	x	x	x
7. Bacteriuria asintomática:			
El mejor método diagnóstico para IVU asintomática es el urocultivo efectuado entre las 12-16 semanas de gestación o en la primera atención prenatal.	x	x	x
<p>Tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esquema de 7 a 10 días: <ul style="list-style-type: none"> ○ Nitrofurantoína 100 mg vía oral cada 12 horas. ○ Amoxicilina 500 mg vía oral cada 8 horas ○ Ampicilina 500 mg vía oral cada 6 horas ○ Cefalexina 500 mg vía oral cada 6 horas • En mujeres con bacteriuria recurrente, se puede indicar tratamiento supresor: <ul style="list-style-type: none"> ○ Nitrofurantoína 100 mg vía oral al acostarse(No usarla ante un parto inminente por riesgo de hemólisis fetal por inmadurez enzimática) ○ Cefalexina 500 mg vía oral cada día hasta el parto. <p>Urocultivo post-tratamiento: Tome cultivo de orina 2 semanas después del tratamiento. Si resulta (+) y el control se está brindando en el primer nivel, refiera al II Nivel de atención.</p>			
Cistitis			
<p>1. El manejo es ambulatorio e incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reposo relativo • Líquidos orales abundantes: 2-3 litros diarios. • Corrección de hábitos miccionales: No retrasar el tiempo de micción(cada 3-4 horas) . • Higiene: Limpieza anal hacia atrás. • Tratar vaginitis si aplica. • Tome urocultivo antes de iniciar el antibiótico en paciente con IVU sintomática • Antibióticoterapia: Prescriba uno de los siguientes fármacos <ul style="list-style-type: none"> ○ Nitrofurantoína 100 mg vía oral cada 12 horas por 7 días. ○ Amoxicilina 500 mg vía oral cada 8 horas por 7 días. ○ Ampicilina 500 mg vía oral cada 6 horas por 7 días. ○ Amoxicilina / Acido clavulánico 500 mg vía oral cada 8 horas por 7 días. ○ Trimetoprim Sulfametoxazol 160/800 mg cada 12 horas por 7 días. <p>Las sulfonamidas están contraindicadas en el primer y tercer trimestre.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analgésico urinario: <ul style="list-style-type: none"> ○ Fenazopiridina (200 mg): 1 tableta vía oral cada 8 horas por 2 días. Informe a la paciente que la orina se teñirá de color anaranjado. <p>2. Control en 72 horas: Para evaluar evolución clínica, realizar cambio de</p>	x	x	x

antibióticos únicamente si persisten los síntomas.			
3. Urocultivo post-tratamiento: Tome cultivo de orina 2 a 4 semanas posterior al tratamiento. Si resulta (+), refiera al II Nivel de atención.			
Pielonefritis			
<p>1. Manejo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingreso • Signos vitales cada 4 horas • Si temperatura $\geq 38^{\circ}$ centígrados: Medios físicos y Acetaminofen 1 gr cada 8 horas vía oral. • Inicie precozmente líquidos endovenosos: Hartman o lactato de Ringer, si hay intolerancia a la vía oral. • Tome urocultivo antes de iniciar la antibióticoterapia. • Inicie la Antibióticoterapia: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ceftriaxona 1-2 gr IV cada 12 horas ○ Ampicilina 1 gr IV cada 6 horas + Gentamicina 160 mg IM cada día. ○ Cefazolina 1-2 gr IV cada 8 horas + Gentamicina 160 mg IM cada día. ○ Cumplir el antibiótico vía parenteral hasta cumplir 48 horas sin fiebre. Luego hacer traslape a la vía oral. Complete 10 a 14 días de tratamiento con: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cefalexina 500 mg vía oral cada 6 horas ó ○ Amoxicilina 500 mg vía oral cada 8 horas • Exámenes de Laboratorio: Hemograma, examen general de orina, urocultivo y creatinina. • Vigile apareamiento de signos de amenaza de parto prematuro. • Descarte presencia de contracciones uterinas y dilatación cervical. • Evalúe bienestar fetal según edad gestacional: NST o UGS (Perfil biofísico) • Vigile apareamiento de complicaciones. <p>Correlacionar la evolución clínica y resultado de urocultivo para considerar tratamiento antibiótico.</p>			x
2. Urocultivo post-tratamiento: Tome cultivo de orina 2-4 semanas posterior al tratamiento.		x	x
3. Consulta de control en 2 semanas: Con el resultado del urocultivo. Si es (+) a IVU, de tratamiento en base a antibiograma. Luego, brinde terapia supresiva hasta 4-6 semanas post-parto.		x	
4. Refiera o continúe control prenatal en II nivel de atención.		x	x

ADOLESCENCIA

La OMS define "la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años"⁹

Paralelamente con este tenemos también la juventud que comprende el periodo entre 15 y 24 años de edad, es una categoría psicológica que coincide con la etapa post-puberal de la adolescencia, ligada a los procesos de interacción social, de definición de identidad y a la toma de responsabilidad, es por ello que la condición de juventud no es uniforme, varía de acuerdo al grupo social que se considere.

Independientemente de las influencias sociales, culturales y étnicas la adolescencia se caracteriza por los siguientes eventos¹⁰:

- ✓ Crecimiento corporal dado por aumento de peso, estatura y cambio de las formas y dimensiones corporales. Al momento de mayor velocidad de crecimiento se denomina estirón puberal.
- ✓ Aumento de la masa y de la fuerza muscular, más marcado en el varón
- ✓ Aumento de la capacidad de transportación de oxígeno, incremento de los mecanismos amortiguadores de la sangre, maduración de los pulmones y el corazón, dando por resultado un mayor rendimiento y recuperación más rápida frente al ejercicio físico.

⁹ Organización Panamericana de la Salud. Salud del Adolescente. OPS/OMS

¹⁰ Nelson, V: Tratado de Pediatría, Salvat Editores S.A.; 1995

- ✓ Al incrementarse la velocidad del crecimiento se cambian las formas y dimensiones corporales, esto no ocurre de manera armónica, por lo que es común que se presenten trastornos como son: torpeza motora, incoordinación, fatiga, trastornos del sueño, esto puede ocasionar trastornos emocionales y conductuales de manera transitoria.
- ✓ Desarrollo sexual caracterizado por la maduración de los órganos sexuales, aparición de caracteres sexuales secundarios y se inicia la capacidad reproductiva

Aspectos psicológicos dados fundamentalmente por:

Búsqueda de sí mismos, de su identidad

Necesidad de independencia

Tendencia grupal.

Evolución del pensamiento concreto al abstracto, entre otros.

En conclusión, la adolescencia es una etapa crucial en la vida, ya que se generan importantes cambios corporales, psicológicos y sociales.

El conocimiento de los riesgos y factores de riesgo es importante para la promoción y prevención de la salud en el adolescente.

Los factores protectores como atributos para la salud integral del adolescente.

El papel de la familia como núcleo rector de la sociedad en la educación integral del adolescente.

La Atención Primaria de la Salud como protagonista de la salud integral del adolescente en la comunidad.¹¹

EMBARAZO ADOLESCENTE

Embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente; entre la adolescencia inicial o pubertad, comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años.^{3 4 5} El término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, variable según los distintos países del mundo, así como a las mujeres adolescentes embarazadas que están en situación de dependencia de la familia de origen¹².

La mayoría de los embarazos en adolescentes son embarazos no deseados.

Aunque la OMS considera el embarazo adolescente un problema culturalmente complejo, alienta a retrasar la maternidad y el matrimonio para evitar los altos índices de mortalidad materna y mortalidad de recién nacidos así como otras complicaciones sanitarias, parto prematuro, bajo peso, pre eclampsia, anemia, asociadas al embarazo en jóvenes adolescentes. En 2009 se estimaba que 16 millones de adolescentes, con edades comprendidas entre los 15 y 19 años, daban a luz cada año, un 95 % de esos nacimientos se producen en países en desarrollo, lo que representa el 11 % de todos los nacimientos en el mundo.

La OMS considera fundamental la promoción de la educación sexual, la planificación familiar, el acceso a los métodos anticonceptivos y la asistencia sanitaria universal en el

¹¹ Dirección General de Salud Reproductiva .Secretaría de Salud México .En Buen Plan .Curso de Atención a la Salud Reproductiva para Adolescentes.

¹² OMS (2009). «Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo». Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Vol. 87: 2009, 405-48. Consultado el 28 de marzo de 2014

marco de la salud pública y los derechos reproductivos para evitar los problemas asociados al embarazo adolescente

En países considerados en desarrollo o subdesarrollados y particularmente en ciertas culturas, el embarazo adolescente se produce generalmente dentro del matrimonio y no implica un estigma social. La percepción social del embarazo adolescente varía de unas sociedades a otras e implica un debate profundo sobre aspectos del comportamiento, tanto biológicos como culturales relacionados con el embarazo.

Tasas de nacimientos en adolescentes en el mundo

Las cifras en los distintos países del mundo varían desde las máximas de Níger y Congo (con más de 200 embarazos por cada 1000 mujeres adolescentes) a tasas de 1 a 3 por 1000 en Corea del Norte, Corea del Sur y Japón.¹³

Es reseñable que entre los países desarrollados de la OCDE, Estados Unidos y Reino Unido tienen el nivel más alto de embarazos en adolescentes, mientras que Japón y Corea del Sur tienen los más bajos.

Según la organización Save the Children cada año nacen 13 millones de niños de mujeres menores de 20 años de edad en todo el mundo; más del 90 % (11,7 millones) en los países denominados en desarrollo y en los países desarrollados el restante 10 % (1,3 millones). Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de mortalidad entre las mujeres entre las edades de 15 y 19 en dichas zonas.¹³ La mayor tasa de embarazos de adolescentes en el mundo está en el África subsahariana, donde las mujeres tienden a casarse a una edad temprana.¹⁹ En Níger, por ejemplo, el 87 % de las

¹³ Carlos G. Redondo F, Gabriel Galdó Muñoz, Miguel García Fuentes (ed.). Atención al adolescente. Embarazo en la adolescencia. [1]: Universidad de Cantabria. pp. 339 y ss. ISBN 978-84-8102-476-0.

mujeres encuestadas estaban casadas y el 53 % había dado a luz a un niño antes de la edad de 18 años.²²

En el subcontinente indio, el matrimonio precoz o temprano significa en numerosas ocasiones el embarazo de la mujer adolescente, especialmente en las zonas rurales, donde la tasa es mucho mayor que en el medio urbano. La tasa de matrimonios y embarazos en adolescentes o precoces ha disminuido considerablemente en países como Indonesia y Argentina, aunque sigue siendo alta. En las naciones industrializadas de Asia, como Corea del Sur y Singapur, las tasas de nacimientos en adolescentes se encuentran entre los más bajos del mundo.

Tasas de nacimientos o fecundidad en adolescentes del mundo

En la tabla se indican las tasas de nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años de edad en países americanos en los años 1997, 2002, 2005 y 2011. Se incluyen, como indicador global y marco de referencia, los datos de los dos países con tasas más extremas, Níger y Corea del Norte, quienes tienen el mayor y menor porcentaje de nacimientos en adolescentes del mundo, así como los datos, por su proximidad cultural, de España y Portugal. Están ordenados de mayor a menor tasa según las cifras del año 2007.¹⁴

¹⁴ TheWorld Bank - Data. «Adolescent fertility rate (births per 1,000 women ages 15-19)» (en inglés). Consultado el 11 de julio de 2014.

Adolescent fertility rate (births per 1,000 women ages 15-19), -by year-, UNdata, Consultado el 24 de julio de 2014

País	Tasa de nacimientos 1997²⁷	Tasa de nacimientos 2002²⁶	Tasa de nacimientos 2005²⁷	Tasa de nacimientos 2011^{1 25}
Argentina	69,8	60,7	58,4	55
Belice	102,1	87	80,2	73
Bolivia	86,9	84,4	80,6	73
Brasil	76	74	72	74
Canadá	20,11	15,04	13,23	14
Chile	66,9	61,6	60,4	56
Colombia	87,6	79,5	75,4	70
Corea del Norte (<i>Asia</i>)	1,6	1,56	1,53	1
Costa Rica	86,9	77,5	73,8	62
Cuba	65,4	49,7	50,06	44
Ecuador	85,4	84,5	83,48	78
El Salvador	95,2	87,1	83,4	77
España (<i>Europa</i>)	7,82	9,76	9,08	11
Estados Unidos	52,72	51,33	49,83	33

País	Tasa de nacimientos 1997²⁷	Tasa de nacimientos 2002²⁶	Tasa de nacimientos 2005²⁷	Tasa de nacimientos 2011^{1 25}
Guatemala	106	103	101	99
Guyana	76,7	66,7	60,7	63
Haití	70,1	64,1	60,62	43
Honduras	114,6	102,5	99,8	86
Jamaica	93,4	82,1	77,5	72
Nicaragua	143,7	124,8	117,7	103
Níger (<i>África</i>)	290	270	257	206
Panamá	93,2	89	85,16	80
Paraguay	76	68,3	63,3	68
Perú	82,6	54,6	52,7	52
Portugal (<i>Europa</i>)	20,5	20,4	18,1	13
Puerto Rico	75,9	61,5	53,5	48
República Dominicana	96,9	93,2	90,6	101
Uruguay	70,1	69,6	69,23	59

País	Tasa de nacimientos 1997²⁷	Tasa de nacimientos 2002²⁶	Tasa de nacimientos 2005²⁷	Tasa de nacimientos 2011^{1 25}
Venezuela	94,1	92,1	90,78	85

En el decenio de 1990 la tasa de embarazo de adolescentes disminuyó significativamente en todos los grupos étnicos, aunque con menor incidencia en los afroamericanos e hispanos. El Instituto Guttmacher²⁹ atribuye el 75 % para el uso efectivo de métodos anticonceptivos y el 25 % de la disminución a las prácticas de abstinencia sexual.³⁰ Sin embargo, en 2006 la tasa aumentó por primera vez en los últimos 40 años.

Consecuencias del embarazo en adolescentes

Las consecuencias médicas del embarazo son múltiples e importantes:¹⁵

Falta de atención médica desde el inicio del embarazo por no comunicar su situación.

Las mujeres más jóvenes 16 años o menos corren riesgo de pre eclampsia y eclampsia.

Parto pre término, bajo peso al nacer de los recién nacidos por causas orgánicas tales como anomalías placentarias, nutrición deficiente, tabaquismo y consumo de drogas.

Alta mortalidad materna en la adolescencia llegando a ser, en países en vías de desarrollo, una de causas más frecuentes de muerte en las adolescentes (por embolia, enfermedad hipertensiva y embarazos ectópicos).

¹⁵ A Joint Project of The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy and UCAN (Uchlich Children's Advantage Network) 16 Feb 2006
«Consecuencias de un embarazo en la adolescencia». Consultado el 15 de junio de 2014.

Frecuentemente se decide poner fin al embarazo mediante aborto inducido a veces clandestino que pone su vida en peligro debido a sepsis y hemorragias.

Es habitual la anemia en las jóvenes embarazadas.

A veces el embarazo se produce existiendo enfermedades de transmisión sexual

El embarazo adolescente también es un factor de riesgo para los recién nacidos (pueden presentar enfermedades como la Espina bífida y el Síndrome de muerte súbita del lactante).

También existen riesgos en el aspecto psicológico y social, ya que la mujer joven se enfrenta, en general, a una situación para la que no está preparada emocionalmente. Si lleva el embarazo a término tendrá que aceptar su nuevo rol de madre, haciéndose cargo de los cuidados, atención y educación de su hijo, a pesar de que ella aún no ha consolidado su formación y desarrollo que interfiere con muchos aspectos psicosociales.

PARTO PRETERMINO¹⁶

Definición.

Es aquel que ocurre después de las 20 y antes de las 37 semanas

Criterios diagnósticos.

Contracciones uterinas clínicamente documentadas (4 /20 minutos u 8 / 60 minutos)

- a) Ruptura prematura de membranas ó
- b) Membranas integra y dilatación de 2 cms ó
- c) Borramiento mayor del 80% ó
- d) Membranas integra y cambios cervicales durante la observación, estos cambios deben ser medidos por dilatación y borramiento o por cambios en la longitud cervical medidos clínicamente o por ecografía.

Clasificación de la patología.

1. Amenaza de parto inmaduro:

Se presenta entre las semanas 20 y 28 de edad gestacional con un patrón regular de contracciones uterinas (ya descrito) con un aumento progresivo de intensidad, frecuencia y duración. Se pueden encontrar modificaciones del cuello uterino clínicas o por ultrasonido.

2. Trabajo de parto inmaduro:

¹⁶ Cunningham Cunningham Obstetricia de Williams 22 ed español ISBN: 9701054822

Tiene todos los síntomas anteriores asociados a expulsión del tapón mucoso con modificaciones significativas del cérvix dados por dilatación y borramiento.

Amenaza de parto pre término:

Se presenta entre las 28 y 34.1 semanas completas de edad gestacional con un patrón regular de contracciones (ya descrito), con un aumento progresivo de intensidad y duración. Se pueden encontrar modificaciones en el cuello uterino clínicas o por ultrasonido.

Trabajo de parto pre término:

Tiene todos los síntomas anteriores, pero con mayor intensidad. Puede haber expulsión de tapón mucoso y al tacto vaginal se encuentran modificaciones significativas del cérvix dados por dilatación y borramiento. Puede existir sangrado vaginal moderado.

Falsa amenaza de parto inmaduro:

Se presenta entre las semanas 20 y 28 de edad gestacional con un patrón irregular de contracciones uterinas. Y no cumple los parámetros en la regularidad de las contracciones. No se encuentran modificaciones en el cuello uterino clínicas ni por ultrasonido

Falsa amenaza de parto pre término:

Se presenta entre las semanas 28 y 34.1 de edad gestacional con un patrón irregular de contracciones uterinas. Y no cumplen los parámetros en la regularidad de las contracciones. No se encuentran modificaciones en el cuello uterino clínicas ni por ultrasonido.

Pruebas diagnosticas

Cuadro hemático, parcial de orina, PCR y frotis de flujo vaginal.

Cervicometría transvaginal para evaluar los cambios cervicales y clasificar a la paciente.

Criterios de hospitalización

- ✓ Amenaza de Parto inmaduro o pre término
- ✓ Trabajo de parto inmaduro o pre término

Factores de riesgo.

- ✓ Antecedente de Parto Pre término previo
- ✓ Bajo Estrato Socioeconómico
- ✓ Raza Negra
- ✓ Edad Materna < a 18 años o > a 40 años
- ✓ Ruptura Prematura de Membranas
- ✓ Gestación Múltiple
- ✓ Historia Materna de 1 o más Abortos en el Segundo Trimestre
- ✓ Complicaciones Médicas (Médicas u Obstétricas)
- ✓ Tabaquismo
- ✓ Abuso de Drogas Ilícitas principalmente Cocaína

✓ Abuso de Alcohol (Alcoholismo)

✓ Control Prenatal Deficiente

.

Causas Uterinas:

Miomatosis uterina, principalmente mimas submucosas.

Septum Uterino

Insuficiencia Cervical

Exposición a Dietilestilbestrol (DES)

Sobre distensión Uterina: Macrosomía, Polihidramnios

.

Causas Infecciosas:

✓ Corioamnionitis

✓ Vaginosis Bacteriana

✓ Bacteriuria Asintomática / Infección urinaria.

✓ Pielonefritis Aguda

.

Causas Fetales

- ✓ Muerte Fetal in Útero
- ✓ Restricción de crecimiento Intrauterino
- ✓ Anomalías congénitas
- ✓ Placentación Anormal: Corioangiomas
- ✓ Presencia de DIU retenido
- ✓ Actividad laboral pesada desde el punto de vista físico.
- ✓ Anemia
- ✓ Abruption de placenta
- ✓ Placenta previa
- ✓ Técnicas de reproducción asistida

El parto pretérmino es la principal causa de morbilidad y mortalidad perinatal en todo el mundo y suele afectar aproximadamente al 8% de los nacimientos anuales, porcentaje invariable a pesar de la mejor atención obstétrica y de los avances tecnológicos en la medicina neonatal y perinatal. Sin embargo, dichos avances han conseguido una mayor supervivencia y una disminución de la morbilidad de estos recién nacidos, aunque suponen para los presupuestos sanitarios cantidades que superan varios miles de millones de dólares al año.

En la mayoría de los casos la etiología del parto pretérmino es desconocida y suele ser multifactorial

Con respecto a las infecciones del tracto urinario (ITU), la certeza de su influencia como factor de riesgo aislado sobre el desencadenamiento del parto pretérmino se encuentra aún en discusión. Durante el embarazo existe un riesgo aumentado de ITU, que se detecta en un 2-8% de las gestantes.

Entre los factores de riesgo que favorecen las ITU en el embarazo se encuentran dilatación ureteral, cambios vesicales, cambios en la composición de la orina y factores hormonales. Teóricamente la orina podría infectarse por 3 vías: hematógica, ascendente y linfática. Los microorganismos ascenderían por las vías vaginal y cervical y se replicarían en la placenta, la decidua y las membranas, lo que elevaría las concentraciones de citocinas en el líquido amniótico y, a su vez, aumentaría la concentración de prostaglandinas E_2 y $F_{2\alpha}$, que son conocidas como estimuladoras de la dinámica uterina.¹⁷

El diagnóstico de las ITU puede ser difícil durante el embarazo ya que suelen ser asintomáticas y sin que aparezca piuria en los análisis sistemáticos de orina. Además, un alto porcentaje de estas bacteriurias asintomáticas desembocan en patologías con grave riesgo para la madre y el feto como pielonefritis, fallo renal o las complicaciones derivadas de la prematuridad del recién nacido.

Las infecciones de vías urinarias en el embarazo en las adolescentes tiene una alta frecuencia, dicha Infección tiene relación con diferentes factores principalmente por la fisiopatología esto se debe a la susceptibilidad de la porción superior de las vías urinarias durante la gestación por la disminución del tono ureteral, menor peristaltismo ureteral e insuficiencia temporal de las válvulas vesicoureterales; otro factor importante que influye es la actividad sexual que se ve muy afectado por la falta de educación, la uretra femenina es muy propensa a ser colonizada por bacilos gramnegativos del colon dada su proximidad al ano y su desembocadura bajo los labios; el coito propicia la introducción de bacterias en la vejiga y se asocia de manera temporal al inicio de cistitis;

¹⁷ Schieve LA,Handler A,Hershow R,Persky V,Davis F.
Urinary tract infection during pregnancy: its association with maternal morbidity and perinatal outcome

por lo que parece esencial en la patogenia de las infecciones urinarias de las mujeres jóvenes.

El parto pre término es la principal causa de morbimortalidad y mortalidad perinatal en todo el mundo y suele afectar aproximadamente al 8% de los nacimientos anuales porcentaje invariable a pesar de la mejor atención obstétrica y de los avances tecnológicos en la medicina neonatal y perinatal; en la mayoría de los casos la etiología del parto pre término es desconocida y suele ser multifactorial.

Durante el embarazo existe un riesgo aumentado de infección de vías urinarias que se detecta en un 2-8% de las gestantes.

Entre los factores de riesgo que favorecen las infecciones de vías urinarias en el embarazo se encuentran dilatación ureteral, cambios vesicales, cambios en la composición de la orina y factores hormonales. Teóricamente la orina podría infectarse por 3 vías: hematógena, ascendente y linfática. Los microorganismos ascenderían por las vías vaginal y cervical y se replicarían en la placenta, la decidua y las membranas, lo que elevaría las concentraciones de citocinas en el líquido amniótico y a su vez aumentaría la concentración de prostaglandinas E_2 y $F_{2\alpha}$, que son conocidas como estimuladoras de la dinámica uterina.

El diagnóstico de las infecciones de vías urinarias puede ser difícil durante el embarazo ya que suelen ser asintomáticas, esto contrasta con la investigación porque solo un 11.76% de las adolescentes embarazadas fueron asintomáticas. Además, un alto porcentaje de estas bacteriurias asintomáticas desembocan en patologías con grave riesgo para la madre y el feto como pielonefritis, fallo renal o las complicaciones derivadas de la prematuridad del recién nacido.

HIPOTESIS

HIPÓTESIS ALTERNA

El embarazo en adolescentes asociado a una infección de vías urinarias incrementa el riesgo de un parto pre término.

HIPÓTESIS NULA

El embarazo en adolescentes asociado a una infección de vías urinarias no incrementa el riesgo de un parto pre término.

DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE INVESTIGACION

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información el estudio es:

Retrospectivo

Según el periodo y secuencia de estudio es: **Transversal.**

Según el análisis y alcance de los resultados el estudio es: **Descriptivo.**

PERIODO DE INVESTIGACION

Enero a Diciembre 2016

UNIVERSO

La Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Luis Meanguera cuenta con un total de 415 mujeres entre las edades de 10 a 19 años.

MUESTRA

17 adolescentes embarazadas en el periodo de enero a diciembre 2016.

Criterios para determinar la muestra:

- Inclusión:

Toda mujer embarazada entre 10 a 19 años

Inscrita en la UCSF San Luis Meanguera

Que corresponda al área de estudio

Adolescente embarazada en el periodo de enero a diciembre de 2016

Embarazada adolescente que presento infección de vías urinarias

- Exclusión

Toda embarazada menor a 10 años y mayor a 20 años

No estar inscrita en control prenatal en la UCSF San Luis Meanguera

Adolescente embarazada que no corresponde al área de estudio

Embarazada adolescente la cual no presento infección de vías urinarias

VARIABLES

Independiente

- Infección de vías urinarias como factor de riesgo en adolescentes embarazadas

Dependiente

- Parto pre término

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
Analizar la prevalencia de infecciones de vías urinarias en embarazadas adolescentes que acudieron a su control prenatal.	El embarazo en adolescentes asociado a una infección de vías urinarias incrementa el riesgo de parto pre término	VI. Infección de vías urinarias como factor de riesgo en adolescentes embarazadas	<u>Infección de vías urinarias:</u> infección que se caracteriza por la presencia marcada de bacterias en cualquier lugar o a lo largo del tracto	Información general	Mediante la realización del examen general de orina.	Examen General de Orina: Leucocitos >10 por campo Hematuria >5 por campo Nitritos (+) Esterasa Leucocitaria (+)

			<p><u>Embarazo:</u></p> <p>es el proceso mediante el cual el feto crece y se desarrolla en el interior del útero; este periodo se inicia cuando termina la implantación y finaliza con el parto.</p>			<p>d</p> <p>Ocupación</p> <p>Formula Obstétrica</p> <p>Edad Gestacional</p> <p>Fecha de última regla</p> <p>Edad Gestacional</p>
Identificar los síntomas y factores de riesgo que las embarazadas		VD. Parto pre término	<p><u>Parto pre término:</u></p> <p>parto ocurrido antes de las 37 semanas</p>	Factores de riesgo	Revisión de expedientes clínicos.	<p>Aseo genital</p> <p>Paridad</p> <p>IVU en embarazo</p>

<p>adolescent es relacionan con infección de vías urinarias.</p> <p>Demostrar en que trimestre de embarazo se dieron con mayor frecuencia la infección de vías urinarias.</p>			<p>de gestación.</p>			<p>anterior Abortos.</p>
---	--	--	--------------------------	--	--	------------------------------

CRUCE DE VARIABLES

VARIABLES	
<p>Infección de vías urinarias</p>	<p>Como la infección de vías urinarias es un factor de riesgo para parto pre término.</p> <p>Como las infecciones de vías urinarias es</p>

	<p>un factor de riesgo para embarazo en adolescentes</p>
<p>Parto pre término</p>	<p>Como el parto pre término está relacionado con las infecciones de vías urinarias</p> <p>Como está relacionado el parto pre término en los embarazos en adolescentes</p>
<p>Embarazo en adolescentes</p>	<p>Como el embarazo en adolescentes está relacionado con las infecciones de vías urinarias</p> <p>Como el ser adolescente es un factor de riesgo para presentar parto pre término.</p>

TECNICA DE OBTENCION DE INFORMACION

- Observación: personal-directa
- Encuesta: cuestionario
- Base de datos del MINSAL

FUENTE DE INFORMACION

- PRIMARIA

Observación directa

Encuesta

Cuestionario

- SECUNDARIA

Expedientes clínico

Censos

Datos estadísticos

Documentos

HERRAMIENTAS PARA OBTENCION DE INFORMACION

Cuestionario para aplicar a expedientes clínicos.

PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE INFORMACION

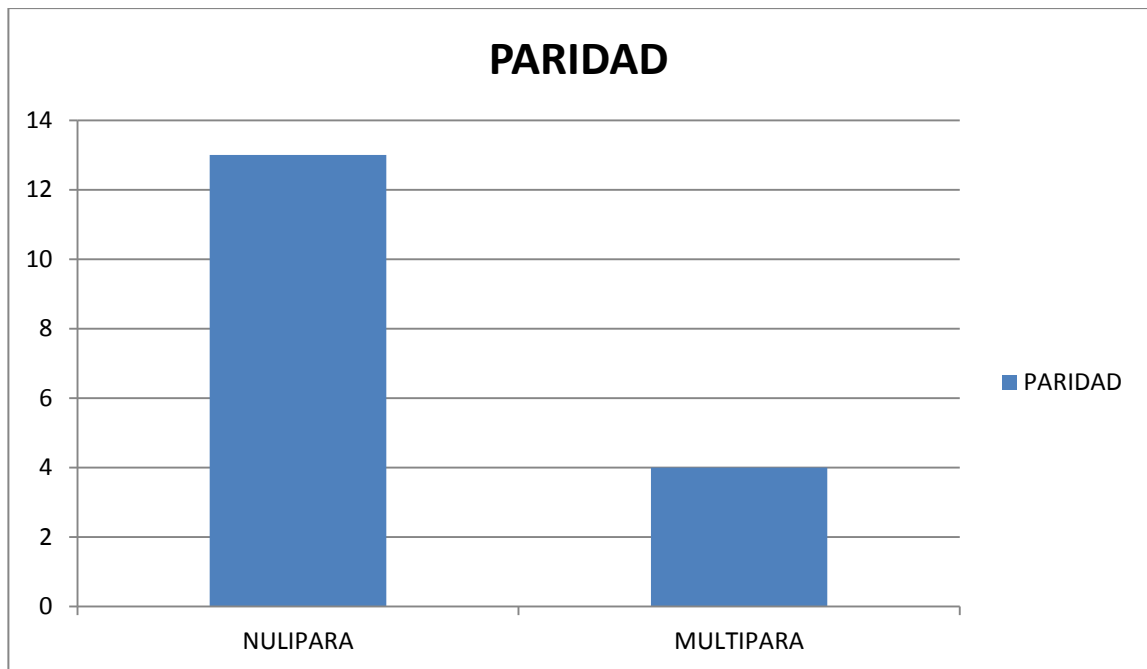
Se realizó un cuestionario como instrumento para la obtención de información, aplicado a los expedientes clínicos de embarazadas inscritas en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Luis Meanguera en el periodo comprendido de enero a diciembre del año 2016, se seleccionaron todos los expedientes que corresponden a los datos de inclusión del estudio, un total de 17 expedientes a los que se les aplico un cuestionario que contenía 25 preguntas para cumplir con los objetivos específicos de la investigación.

PRESENTACION DE RESULTADOS

En este estudio que se realizó en adolescentes embarazadas e inscritas en el periodo de enero a diciembre de 2016 en la UCSF San Luis Meanguera, luego de revisar cada uno de los expedientes clínicos encontramos los siguientes resultados.

GRAFICO N° 1

DISTRIBUCION POR PARIDAD

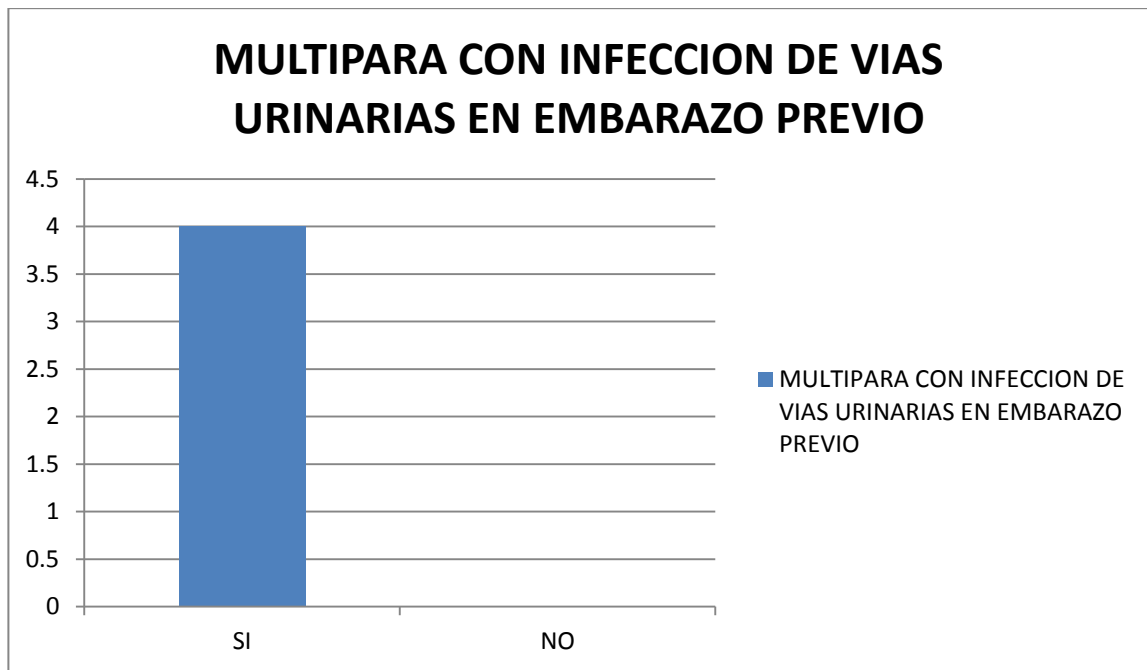


Fuente: cuestionario administrado a los expedientes clínicos de embarazadas adolescentes inscritas en el periodo de enero a diciembre de 2016 en la UCSF San Luis Meanguera.

Se observan 13 adolescentes nulíparas corresponde al 76.47%, y 4 adolescentes múltiparas corresponde al 23.52%.

GRAFICO N° 2

REPRESENTA INFECCION DE VIAS URINARIAS EN EMBARAZOS ANTERIORES, EN CASOS DE MULTIPARAS

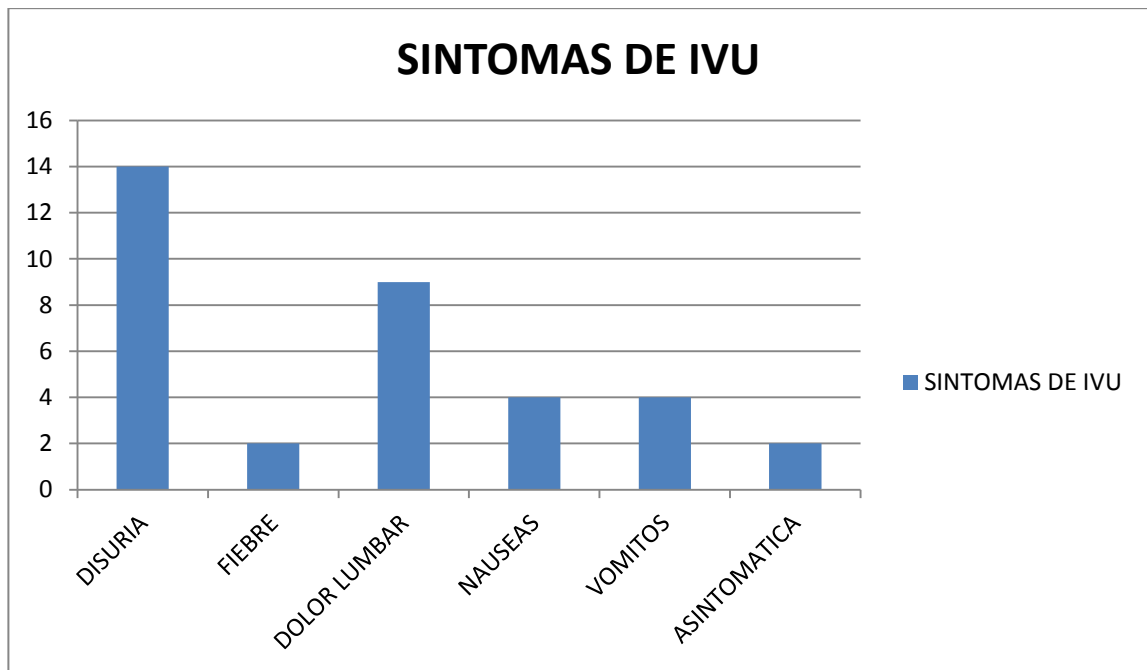


Fuente: cuestionario administrado a los expedientes clínicos de embarazadas adolescentes inscritas en el periodo de enero a diciembre de 2016 en la UCSF San Luis Meanguera.

Se observa que de las 4 adolescentes múltiparas el 100% presentó infección de vías urinarias en embarazos anteriores.

GRAFICO N° 3

DISTRIBUCION DE SINTOMAS CLINICOS MÁS FRECUENTES EN INFECCION DE VIAS URINARIAS

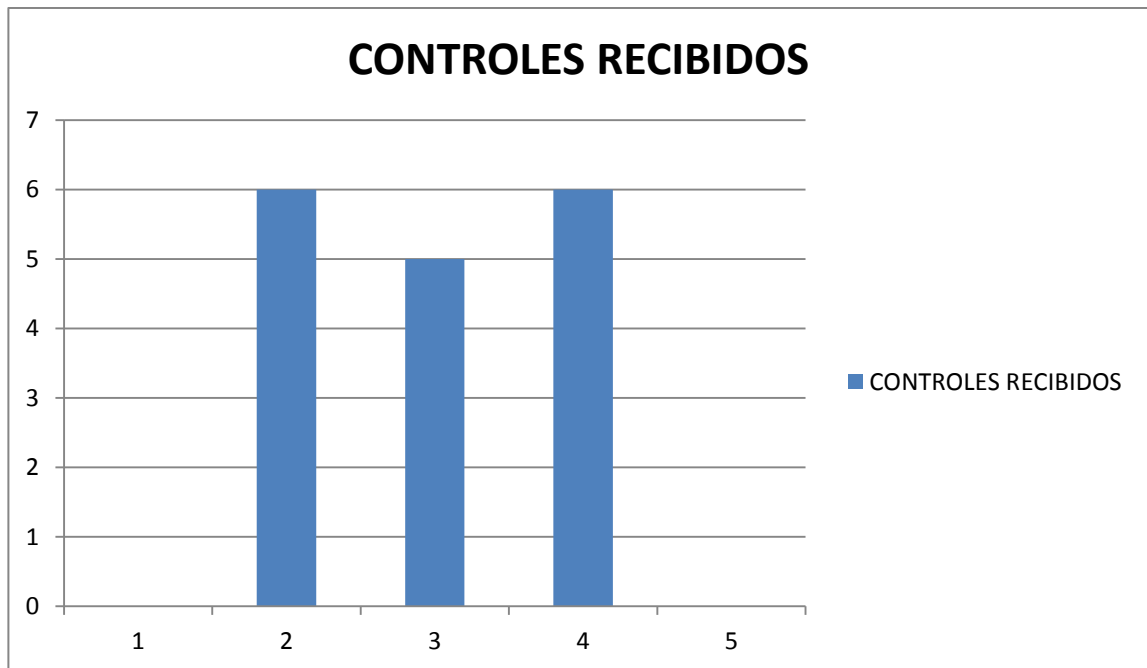


Fuente: cuestionario administrado a los expedientes clínicos de embarazadas adolescentes inscritas en el periodo de enero a diciembre de 2016 en la UCSF San Luis Meanguera.

Se observa que el síntoma predominante fue disuria corresponde al 82.35%, seguido de dolor lumbar corresponde al 52.94%, náuseas y vómitos 22.53%, fiebre 11.76% y 11.76% asintomáticas.

GRAFICO N° 4

REPRESENTA EL NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES RECIBIDOS.

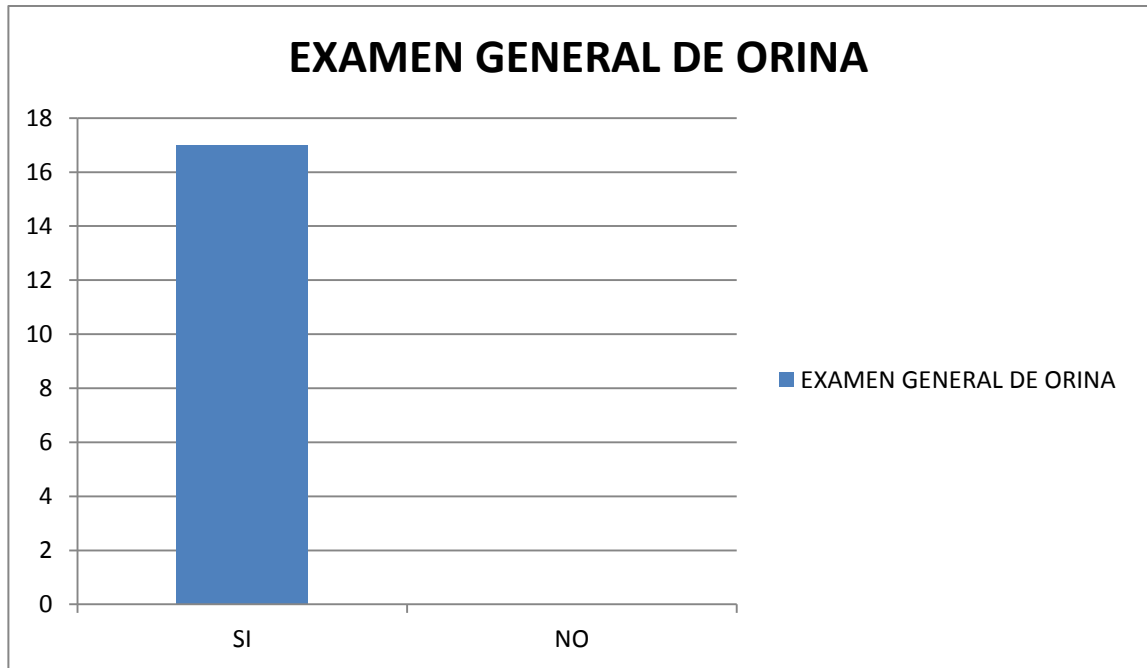


Fuente: cuestionario administrado a los expedientes clínicos de embarazadas adolescentes inscritas en el periodo de enero a diciembre de 2016 en la UCSF San Luis Meanguera.

Se observa que 6 adolescentes recibió dos controles prenatales que corresponde al 35.29%, 5 adolescentes recibieron tres controles prenatales corresponde al 29.41%, y 6 adolescentes recibieron 4 controles prenatales corresponde al 35.39%.

GRAFICO N° 5

REPRESENTA SI HAY REGISTRO O NO DEL EXAMEN GENERAL DE ORINA

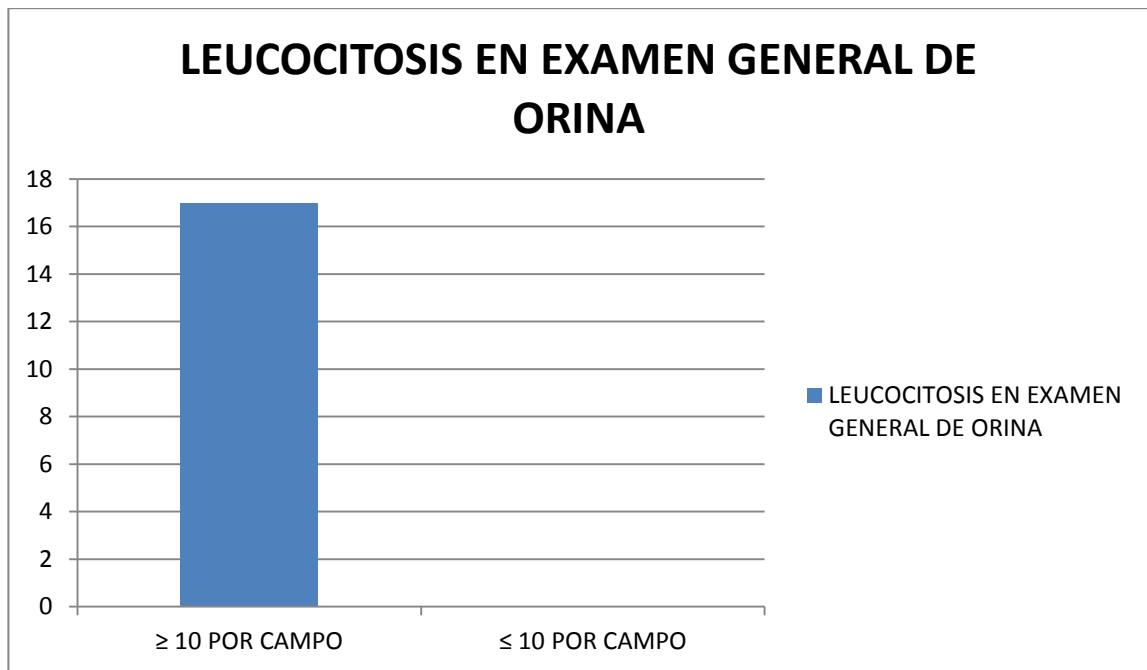


Fuente: cuestionario administrado a los expedientes clínicos de embarazadas adolescentes inscritas en el periodo de enero a diciembre de 2016 en la UCSF San Luis Meanguera.

Se observa que el 100% de las embarazadas inscritas se les realizó examen general de orina.

GRAFICO N° 6

REPRESENTA LA LEUCOCITOSIS SI ESTA FUE ≥ 10 X CAMPO O ≤ 10 POR CAMPO.

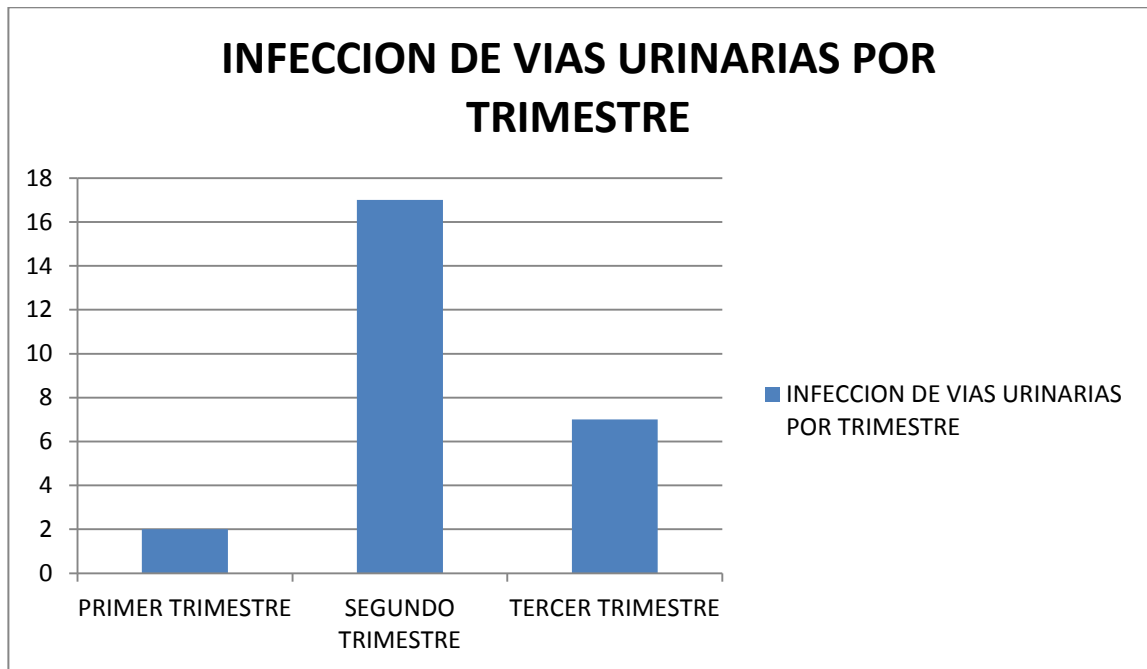


Fuente: cuestionario administrado a los expedientes clínicos de embarazadas adolescentes inscritas en el periodo de enero a diciembre de 2016 en la UCSF San Luis Meanguera.

Se observa la prevalencia de infección de vías urinarias de embarazadas adolescentes durante el año 2016 en la UCSF San Luis Meanguera el 100% presento leucocitosis mayor o igual a 10 leucocitos por campo.

GRAFICO N° 7

REPRESENTA EL TRIMESTRE DEL EMBARAZO EN EL CUAL SE REGISTRÓ LA INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS.

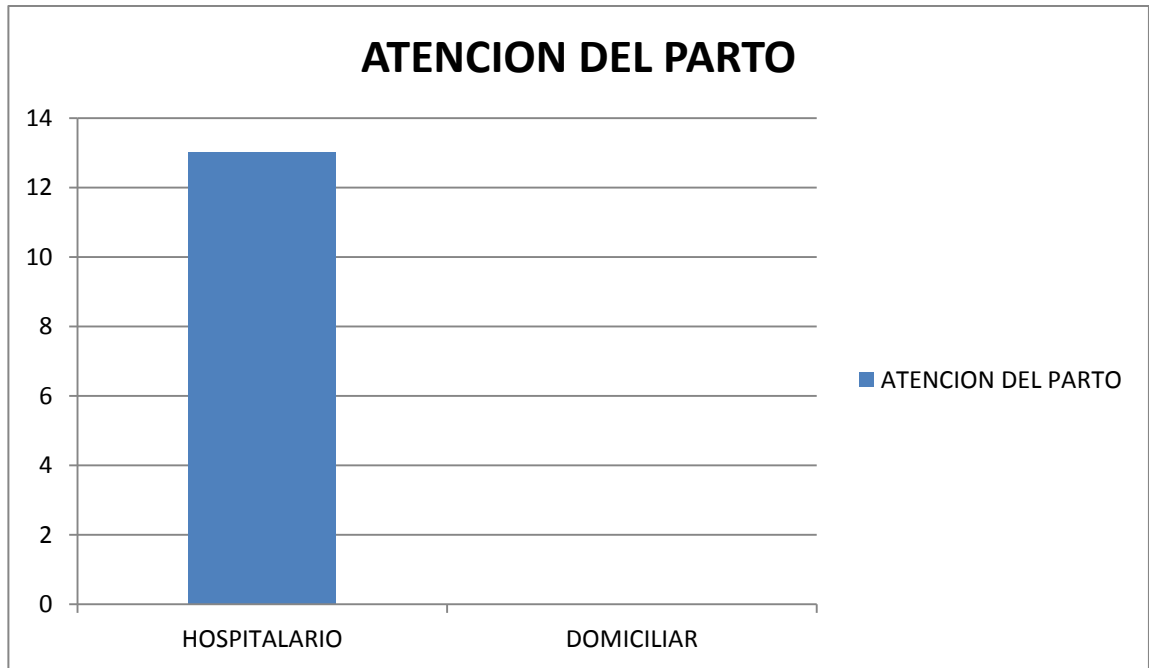


Fuente: cuestionario administrado a los expedientes clínicos de embarazadas adolescentes inscritas en el periodo de enero a diciembre de 2016 en la UCSF San Luis Meanguera.

65.38% presentaron la infección de vías urinarias en el segundo trimestre corresponde a 11 adolescentes, 26.92% en el tercer trimestre corresponde a 5 adolescentes y 7.69% en el primer trimestre corresponde 1 adolescente.

GRAFICO N° 8

DISTRIBUCION POR LUGAR DE VERIFICACION DEL PARTO

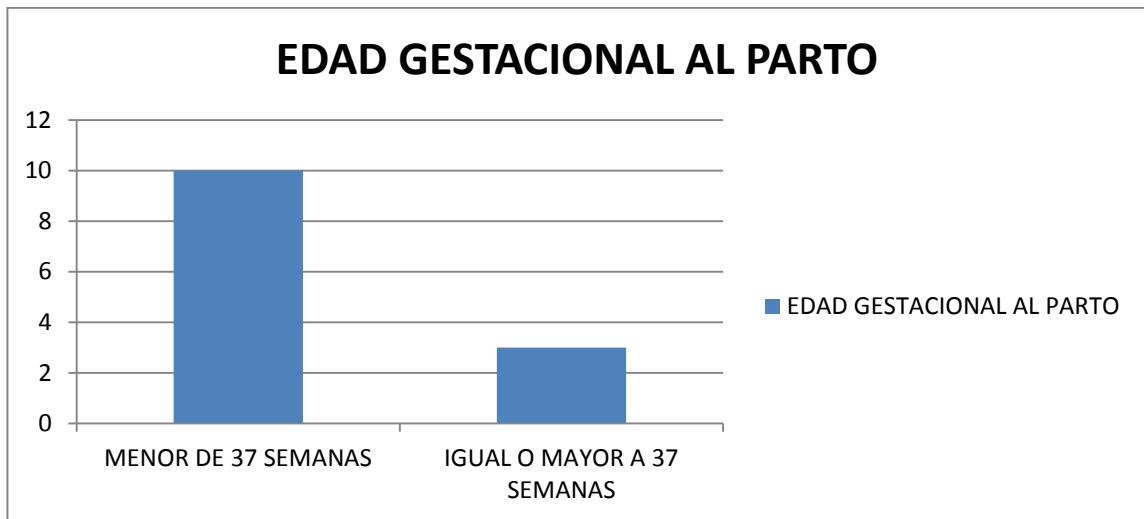


Fuente: cuestionario administrado a los expedientes clínicos de embarazadas adolescentes inscritas en el periodo de enero a diciembre de 2016 en la UCSF San Luis Meanguera.

Se observa que 13 adolescentes verificaron parto hospitalario.

GRAFICO N° 9

DISTRIBUCION POR EDAD GESTACIONAL AL PARTO

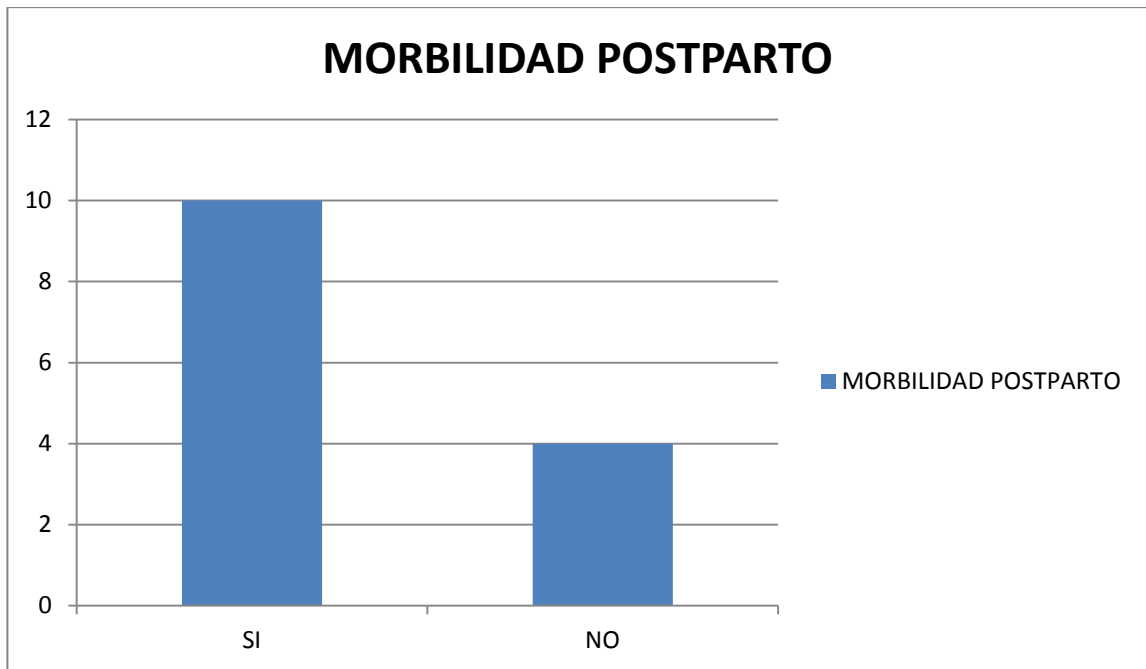


Fuente: cuestionario administrado a los expedientes clínicos de embarazadas adolescentes inscritas en el periodo de enero a diciembre de 2016 en la UCSF San Luis Meanguera.

Se observa 10 adolescentes verificaron parto pre término que corresponde al 76.92%, 3 adolescentes verificaron parto de termino que corresponde al 23.07%, 3 aún no han verificado parto, y una finalizo en aborto.

GRAFICO N° 10

DISTRIBUCION POR MORBILIDAD POSTPARTO.



Fuente: cuestionario administrado a los expedientes clínicos de embarazadas adolescentes inscritas en el periodo de enero a diciembre de 2016 en la UCSF San Luis Meanguera.

Se observa que 10 adolescentes presentaron morbilidad postparto que corresponde al 71.42%, y 4 adolescentes no presentaron morbilidad corresponde al 23.52%.

DISCUSION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Se observan 13 adolescentes nulíparas que corresponde al 76.47% y 4 adolescentes multíparas que corresponde al 23.52% (grafico n° 1); Se observa que de las 4 adolescentes multíparas el 100% presento infección de vías urinarias en embarazos anteriores (grafico n° 2); El síntoma predominante que las embarazadas adolescentes relacionaron con infección de vías urinarias fue disuria 82.35%, dolor lumbar 52.94%, náuseas y vómitos 22.53%, fiebre 11.76% y 11.76% asintomáticas (grafico n° 3).

35.29% recibió dos controles prenatales que corresponde a 6 adolescentes, 5 adolescentes recibieron 3 controles prenatales que corresponde al 29.41% y 6 adolescentes recibieron 4 controles prenatales que corresponde al 35.39% (grafico n° 4); 100% de las embarazadas inscritas se les realizo examen general de orina (grafico n° 5); La prevalencia de infección de vías urinarias de embarazadas adolescentes durante el año 2016 en la UCSF San Luis Meanguera el 100% presento leucocitosis mayor o igual a 10 leucocitos por campo (grafico n° 6).

65.38% presentaron la infección de vías urinarias en el segundo trimestre corresponde a 11 adolescentes, 26.92% en el tercer trimestre corresponde a 5 adolescentes y 7.69% en el primer trimestre corresponde a 1 adolescente (grafico n° 7).

Se observa que 13 adolescentes verificaron parto hospitalario, 3 adolescentes no ha verificado parto a la fecha, y una adolescente finalizo en aborto fallido (grafico n°8); 10 adolescentes verificaron parto pre término que corresponde al 76.92%, 3 adolescentes verificaron parto de termino que corresponde al 23.07%, 3 aún no han verificado parto, y una finalizo en aborto (grafico n° 9), 10 adolescentes presentaron morbilidad postparto que corresponde al 71.42%, y 4 adolescentes no presentaron morbilidad corresponde al 23.52%, 3 adolescentes aun no verifican parto. (grafico n° 10).

CONCLUSIONES

- 1- El índice de embarazos en la adolescencia sigue siendo alto y trae consigo más complicaciones tomando en cuenta que su cuerpo no está desarrollado bio-fisiológicamente para albergar y desarrollar un producto de concepción, además se asocia un problema psico – social, nuestras adolescentes embarazadas relacionaron como síntoma principal para IVU disuria.

- 2- Se identificó que fue más alta la población de embarazadas adolescentes que presentaron sintomatología asociada a infección de vías urinaria que la que las embarazadas que se presentaron sin ningún síntoma asociada a infección de vías urinarias siendo una población de 11.76% presentando así solo positivo el examen general de orina.

- 3- Una vez tabulado los datos obtenidos en la investigación se pudo comprobar que la incidencia de infección de vías urinarias es alta, por lo que el 58.82 % Verificaron parto pre término relacionado directamente a infección de vías urinarias, tomando en cuenta que la población de estudios que se tomó todas presentaron en algún momento sintomatología y ego positivo relacionado a infección de vías urinarias.

- 4- En nuestro estudio se muestra que la prevalencia de infección de vías urinarias fue en el segundo trimestre de embarazo con un porcentaje de 65.38%, luego el tercer trimestre de embarazo con un 26.92% y en un porcentaje menor de 7.69%.

RECOMENDACIONES

Ministerio de salud

Que tomen estricta vigilancia en el tema de infección de vías urinarias como prioridad a nivel nacional, durante el periodo de embarazo, ya que es una causa frecuente de ingresos hospitalarios.

Crear políticas de salud que ayuden a disminuir la incidencia de infección de vías urinarias en embarazadas.

Unidades de salud

Promover el club de embarazadas que está coordinado por el personal médico, enfermería, promotores de salud, con el fin de realizar charlas educativas explicando la patología, sintomatología que ocasiona las infecciones de vías urinarias en embarazadas.

Personal de salud

Que el personal de salud que labora en unidad comunitaria de san Luis meanguera tenga los conocimientos básicos para poder identificar y tratar adecuadamente y oportunamente a toda mujer embarazada con infección de vías urinarias.

Que el personal médico y de enfermería informen a la paciente la forma de recolección de la muestra de orina para poder obtener un mejor resultado, así mismo estar pendiente de que cada embarazada que asista a su control se realice examen general de orina o tira reactiva en caso de no contar con laboratorio clínico.

Embarazada

Motivar a la paciente embarazada que asista periódicamente a los controles prenatales, realizar los exámenes indicados en el momento conveniente.

Modificar sus hábitos higiénicos, y mantener un estilo de vida saludable, aumentar la ingesta de agua en el día.

Orientar a la embarazada a consultar la unidad de salud al identificar síntomas de infección de vías urinaria, y la importancia de realizar un examen general de orina.

Universidad Nacional de El Salvador

Ampliar programas en salud pública y al asistir a la UCSF en nuestro internado rotatorio poder adquirir más conocimientos sobre las guías clínicas de manejo como ministerio de salud.

Hacer más énfasis en las guías de manejo del ministerio de salud, complementando con base al área clínica, para brindar una adecuada atención en nuestro servicio social y realizar un adecuado diagnóstico, tratamiento y prevención.

BIBLIOGRAFIA

1. Dan L. Longo, Dennis L. Kaspr, J. Larry Jameson, Harrison Medicina from Mc Graw Hill Medical, principios de medicina interna 18 edición, capítulo 288 Infecciones de Vías Urinarias, pielonefritis y prostatitis.
2. Rozman C, Farreras P; Medicina Interna, Decimosexta edición, Editorial Elsevier, 2006.
3. Hooton TM, Scholes D, Hughes JP et al. A prospective study of risk factors for symptomatic urinary tract infection in young women. *New England Journal of Medicine* 1996; 335: 468–474.
4. Foxman B, Gillespie B, Koopman J, et al. Risk factors for second urinary tract infection among college women. *Am J Epidemiol* 2000; 151:1194.
5. Hooton TM, Stamm WE. Diagnosis and treatment of uncomplicated urinary tract infection. *Infect Dis Clin North Am* 1997; 11:551
6. Foxman B. Recurring urinary tract infection: incidence and risk factors. *Am J Public Health* 1990; 80:331
7. Franco Anna Virginia M, Recurrent urinary tract infections, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. Vol. 19, No. 6, pp. 861–873, 2005
8. Guía clínica de ginecología y obstetricia MINSAL
9. Organización Panamericana de la Salud. Salud del Adolescente. OPS/OMS
10. Nelson, V: Tratado de Pediatría, Salvat Editores S.A.; 1995
11. Dirección General de Salud Reproductiva .Secretaría de Salud México .En Buen Plan .Curso de Atención a la Salud Reproductiva para Adolescentes.

12. OMS (2009). «Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo». Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Vol. 87: 2009, 405-48. Consultado el 28 de marzo de 2014
13. Carlos G. Redondo F, Gabriel Galdó Muñoz, Miguel García Fuentes (ed.). Atención al adolescente. Embarazo en la adolescencia. [1]: Universidad de Cantabria. pp. 339 y ss. ISBN 978-84-8102-476-0.
14. TheWorld Bank - Data. «Adolescent fertility rate (births per 1,000 women ages 15-19)» (en inglés). Consultado el 11 de julio de 2014.
15. Adolescent fertility rate (births per 1,000 women ages 15-19), -by year-, UNdata, Consultado el 24 de julio de 2014 A Joint Project of The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy and UCAN (Uhhich Children's Advantage Network) Feb 2006 «Consecuencias de un embarazo en la adolescencia». Consultado el 15 de junio de 2014.
16. Cunningham Cunningham Obstetricia de Williams 22 ed español ISBN: 9701054822 Copyright year: 2006 SECCIÓN VII. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS 36. Parto pretérmino
17. Schieve LA, Handler A, Hershow R, Persky V, Davis F. Urinary tract infection during pregnancy: its association with maternal morbidity and perinatal outcome

ANEXOS

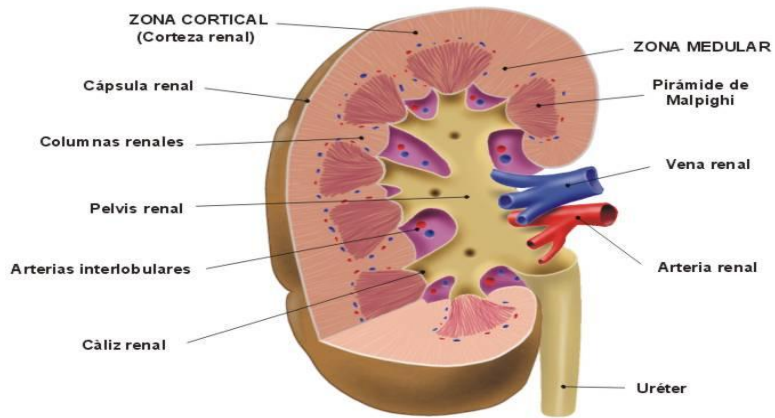
ANEXO N° 1



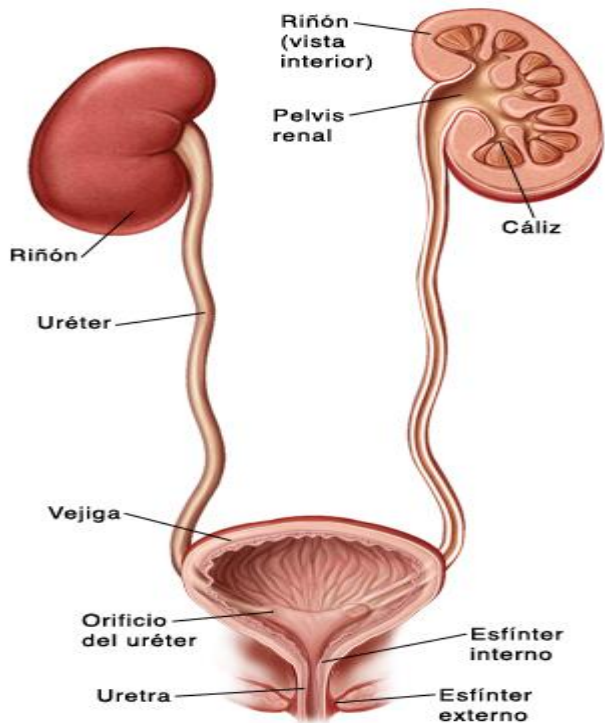
ANEXO N° 2



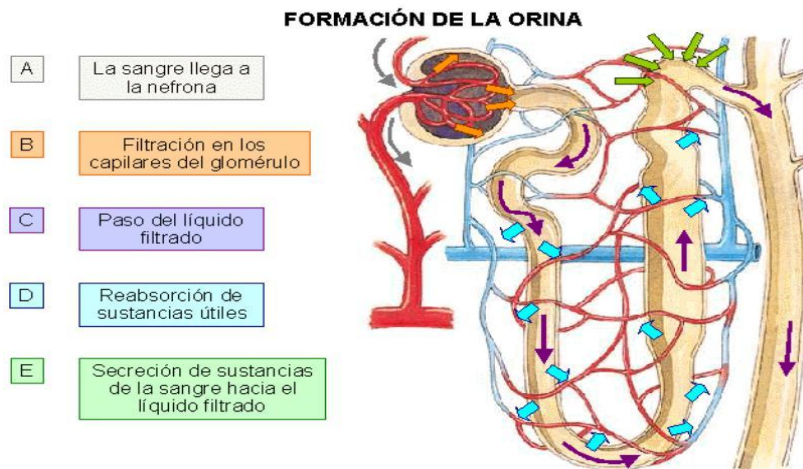
ANEXO N° 3



ANEXO N° 4



ANEXO N° 5



ANEXO N° 6

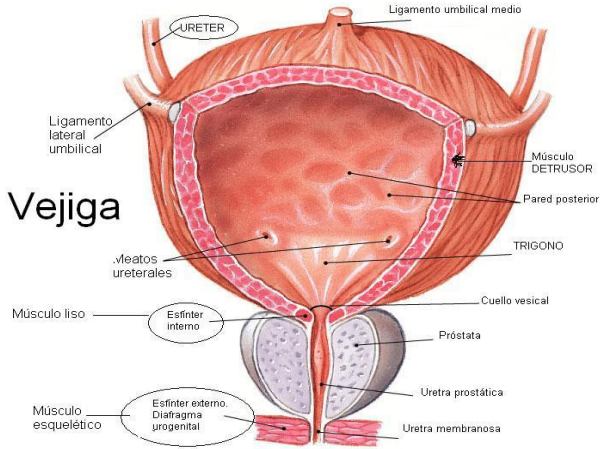
INFECCIÓN DE LAS VIAS URINARIAS DURANTE EL EMBARAZO

SINTOMAS

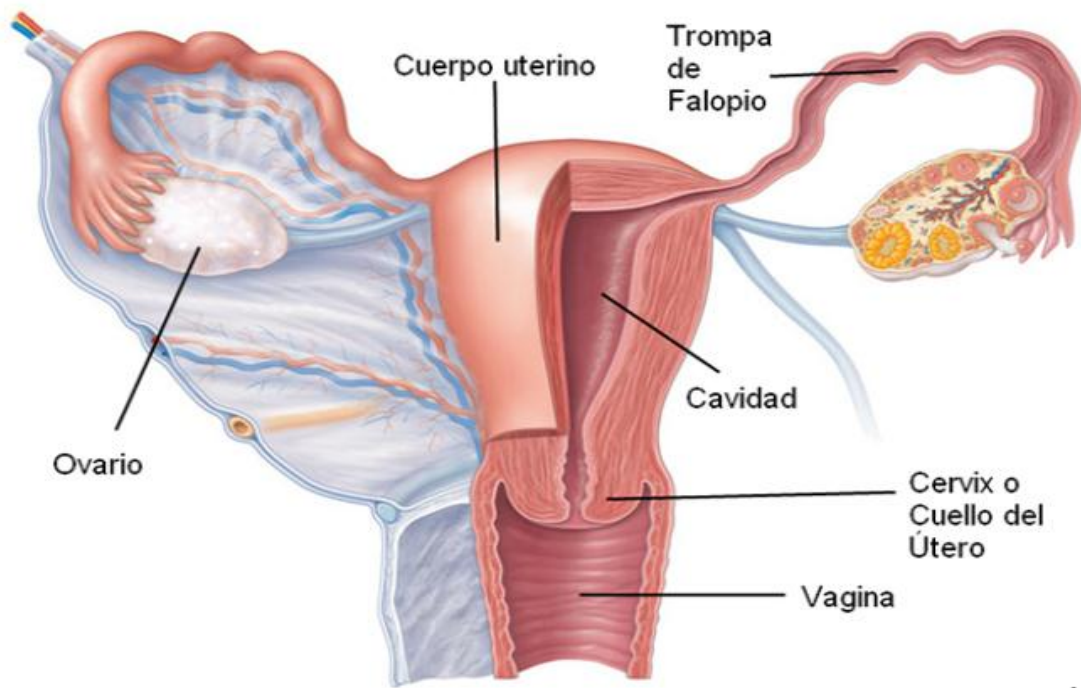
- Disuria
- urgencia miccional
- sin fiebre
- Polaquiuria
- Dolor suprapúbico
- Orina turbia o fétida
- Hematuria ocasional

Bajo Amador TM, Melchor Marcos JC, Merod D. Fundamentos de Obstetricia (MGG) Madrid - España 2007. Pág. 621-633.

ANEXO N° 7



ANEXO N° 8



ANEXO N° 9



ANEXO N° 10

The form is a detailed medical record template for obstetrics and gynecology. It is organized into several horizontal sections, each containing various fields for data entry, often represented by checkboxes or small diagrams. The sections include:

- IDENTIFICACIÓN:** Fields for patient name, age, and other personal details.
- ANTECEDENTES FAMILIARES, PERSONALES Y OBSTÉTRICOS:** A large section for recording family and personal medical history, including previous pregnancies and outcomes.
- GESTACIÓN ACTUAL:** A section for recording the details of the current pregnancy, such as gestational week, weight gain, and any complications.
- PARTO O ABORTO:** Fields for recording the date, type, and details of the delivery or abortion.
- ENFERMEDADES DURANTE EL EMBARAZO:** A section for recording any illnesses or conditions that occurred during the pregnancy.
- PUERPERIO:** Fields for recording the postpartum period, including breastfeeding status and any postpartum complications.
- EGRESO MATERNO:** Fields for recording the patient's discharge from the hospital, including the date and reason.
- RECIÉN NACIDO:** A section for recording the newborn's characteristics, such as weight, length, and any immediate health issues.
- ENFERMEDADES DEL RECIÉN NACIDO:** Fields for recording any illnesses or conditions of the newborn.
- EGRESO DEL RECIÉN NACIDO:** Fields for recording the newborn's discharge, including the date and location.
- EGRESO MATERNO:** A second set of fields for recording the mother's discharge.
- ANTICONCEPCIÓN:** Fields for recording the patient's current and past contraceptive methods.

At the bottom of the form, there is a signature line and the text "Dr. H. Martín - Control Prenatal".

- Identificación
- Antecedentes familiares, personales y obstétricos
- Gestación actual
- Parto o aborto
- Enfermedades durante el embarazo
- Puerperio
- Egreso materno
- Recién nacido
- Enfermedades del recién nacido
- Egreso del recién nacido
- Egreso materno
- Anticoncepción

GLOSARIO

Embarazo adolescente: es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente; entre la adolescencia inicial o pubertad –comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años.

El embarazo o gravidez: (de grávido, y este del latín gravidus)^{1 2} es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto, en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto.

El embarazo según OMS: los nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer es para la mayoría de las mujeres un período de gran felicidad.

Embarazo de término: es aquel que nace entre las 37 semanas cumplidas de gestación hasta antes de cumplir las 42 semanas.

Embarazo post término: es aquel que nace cumplidas las 42 semanas o más.

Embarazo Prematuro: parto que ocurre después de las 28 semanas, pero antes de las 37 semanas.

Primigestas: es una mujer que por primera vez está embarazada.

Multigesta: mujer que ha tenido dos o más embarazos.

Nuligesta: mujer que no está embarazada ni lo ha estado nunca.

Regla de Naegle: se define cuando se estima la fecha probable de parto agregando 7 días a la fecha del primer de último periodo menstrual normal contando 3 meses hacia atrás.

Infección de vías urinarias: Presencia de microorganismos patogénicos en el tracto urinario incluyendo uretra, vejiga, riñón o próstata.

Bacteriuria: presencia de bacterias en la orina

Bacteriuria significativa: presencia espontánea de bacterias en la orina mayor de 100,000 unidades formadoras de colonias (ufc)/ml.

Bacteriuria asintomática: bacteriuria significativa en un paciente sin síntomas urinarios.

Disuria: dolor y ardor al orinar

Piuria: presencia de pus en la orina

polaquiuria es la necesidad de orinar muchas veces durante el día o la noche (nocturia), pero en volúmenes normales o inferiores a lo normal.

Poliuria: es un trastorno urinario caracterizado por el aumento de las cantidades de orina emitidas durante el día. Hablamos de poliuria para una diuresis, es decir, un volumen de orina emitido en más de 24 horas, superior a 3 litros por día en un adulto.

La pielonefritis aguda: se define como la infección de la vía urinaria superior que afecta a la pelvis y al parénquima renal.

Examen General de orina: Es la evaluación física, química y microscópica de la orina.

Cultivo de orina, o urocultivo: como también se denomina, es una prueba análisis de laboratorio, que tiene como finalidad detectar la presencia de microorganismos infecciosos, fundamentalmente bacterias y hongos, en la orina de las personas.

ANEXO N° 12

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTIMADA DRA. REYES

LA UCSF SAN LUIS MEANGUERA HA SIDO ELEGIDA POR ESTUDIANTES DE LA CARRERA DOCTORADO EN MEDICINA REALIZANDO SU AÑO SOCIAL, PARA LLEVAR ACABO SU TRABAJO DE INVESTIGACION

CON EL TITULO INFECCION DE VIAS URINARIAS COMO FACTOR DE RIESGO PARA PARTO PRETERMINO EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR SAN LUIS MEANGUERA EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE 2016.

POR LO QUE SOLICITAMOS SU AUTORIZACION PARA REVISION DE EXPEDIENTES CLINICOS.

DE ANTE MANO GRACIAS

DESEANDOLE EXITOS EN SU LABORES DIARIOS BENDICIONES.

ANEXO N° 13

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

UNIDAD CENTRAL

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA

OBJETIVO GENERAL: Demostrar la frecuencia de infección de vías urinarias como factor de riesgo en adolescentes embarazadas que presentaron parto pretermino en la unidad comunitaria de salud familiar San Luis Meanguera en el periodo de enero a diciembre 2016.

1- Edad cronológica: _____

2- Estado familiar

Casada _____

Acompañada _____

Viuda _____

Soltera _____

3- Nivel de escolaridad: _____

4- Ocupación: _____

5- Formula obstétrica: _____

6- Fecha de ultima regla: _____

7- Fecha probable de parto: _____

8- Amenorrea: _____

9- Edad gestacional: _____

10- ¿Cuántos controles prenatales recibió la paciente? _____

11- Verifico parto hospitalario o domiciliar. _____

12- Multípara: _____ Nulípara: _____

13- En caso de ser multípara, presento infección de vías urinarias en embarazo anterior

SI _____

NO _____

14- Hay registro en la historia clínica de la paciente si presento los siguientes síntomas

Disuria _____ dolor lumbar _____

Fiebre _____ nauseas _____

Vomito _____

15- Se realizó examen general de orina

SI _____

NO _____

16- El valor de leucocitos fue de:

>10 x c _____

<10 x c _____

17- Presento hematuria

SI _____

NO _____

18- Si presento hematuria cual fue el valor de esta:

>5 x c _____

<5 x c _____

19- Presento nitritos positivos

SI _____

NO _____

20- Presento esterase leucocitaria positiva

SI _____

NO _____

21- Se aislaron bacterias en el examen

SI _____

NO _____

22- Se verifico parto vía:

Vaginal: _____

Cesárea: _____

Otro: _____

23- El parto verificado fue:

De término: _____

Pretermino: _____

24- En qué semana del embarazo se registró la infección de vías urinarias _____

25- Presento alguna morbilidad postparto

SI _____

NO _____

En caso de ser afirmativa, ¿Cuál fue?