



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**TESIS DE GRADO**  
**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN**  
**ENFERMERÍA**

**TEMA:**

**LAS INFECCIONES RECURRENTE Y SU RELACIÓN CON LOS ESTILOS DE VIDA EN LAS EMBARAZADAS QUE ASISTEN AL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS EN LA CIUDAD DE QUEVEDO EN EL PRIMER SEMESTRE DEL 2012.**

**DIRIGIDA POR:**

**LIC. FANNY SUÁREZ CAMACHO**

**AUTORAS:**

**MARCELA FERNANDA ZAMBRANO TIGRERO**

**GRISELDA ISABEL FRANCO SEME**

**BABAHOYO - LOS RÍOS- ECUADOR**  
**2012**



# **UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**

## **FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

### **ESCUELA DE ENFERMERÍA**

#### **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Grado, presentado por MARCELA FERNANDA ZAMBRANO TIGREROy GRISELDA ISABEL FRANCO SEME, para optar por el título de Licenciado en Enfermería Profesional, cuyo título es: **“LAS INFECCIONES RECURRENTE Y SU RELACIÓN CON LOS ESTILOS DE VIDA EN LAS EMBARAZADAS QUE ASISTEN AL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS EN LA CIUDAD DE QUEVEDO EN EL PRIMER SEMESTRE DEL 2012.”**.

Considero que la tesis reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a la presentación, publicación y evaluación por parte d jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Babahoyo a los 12 días del mes de octubre del 2012

Lic. Fanny Suárez Camacho

**TUTORA DE TESIS**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**NOMINA DE AUTORIDADES UNIVERSITARIA**

---

**DR. CESAR AUGUSTO NOVOA AQUINO**

**DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

---

**DR. WELLINGTON BELTRÁN CASTRILLÓN**

**SUBDECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

---

**LIC. BETTHY MAZACON ROCA. Msc. Msg**

**DIRECTORA DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA**

---

**AB. ISRAEL MALDONADO CONTRERAS**

**SECRETARIO DE LA FACULTAD**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**AUTORÍA**

Nosotras: **MARCELA FERNANDA ZAMBRANO TIGRERO** y **GRISELDA ISABEL FRANCO SEME**, estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Enfermería previo a la obtención del Título de Licenciados en Enfermería Profesional, declaramos que somos las autoras del presente trabajo de investigación el mismo que es original, auténtico y personal.

Todos los efectos académicos y legales que se desprenden del presente trabajo esta es responsabilidad exclusiva de las autoras.

-----  
Marcela Fernanda Zambrano Tigrero

-----  
Griselda Isabel Franco Seme

## *AGRADECIMIENTO*

Agradezco a DIOS Todopoderoso, ser supremo que con su infinito amor y sabiduría ha sabido guiar el sendero de mi vida, haciendo posible el alcance de este logro.

A la Lic. Fanny Suarez Camacho, asesora de tesis y amiga, por brindarme su tiempo y dedicación.

A la Universidad Técnica de Babahoyo y a todo su cuerpo docente, por haberme dado la apertura, acogerme en sus aulas, y forjar en mi el desarrollo del conocimiento científico convirtiéndome en un ser útil a la sociedad.

Marcela Fernanda Zambrano Tigrero

## *DEDICATORIA*

Dedico el presente documento en primer lugar a mis padres, que gracias a su apoyo incondicional, a su perseverancia, a su entrega total de tiempo y voluntad, lograron que alcance uno de mis objetivos propuestos, constituyéndose en el más noble y verdadero ejemplo de amor puro y sincero.

A mi hermano, familiares y amigos por el empuje y la ayuda desinteresada durante mi carrera profesional, siendo de gran ayuda para poder alcanzar esta meta.

A mis padrinos los Abogados Carlos Mendoza y Jadira Coello por la ayuda desinteresada y el apoyo fraterno para con mi persona en los momentos difíciles y buenos durante mi vida profesional.

Marcela Fernanda Zambrano Tigrero

## *AGRADECIMIENTO*

Agradezco a DIOS Todopoderosos Creador del universo y de la tierra ,por haberme sabido guiar en el sendero de mi vida, haciendo posible el alcance de esta meta profesional.

A mis PADRES

A mi HIJO

A mis HERMANOS, y FAMILIARES

Por haberme brindado siempre su apoyo.

A la Lic. Fanny Suarez Camacho, por haberme asesorado en la tesis.

A la Universidad Técnica de Babahoyo y a todo su cuerpo docentes por haberme acogido en sus aulas y forjar en mi el conocimiento.

Griselda Isabel Franco Seme

## *DEDICATORIA*

Este esfuerzo alcanzado se lo dedico con amor a los seres más importantes y dignos de admirar MIS PADRES, gracias por estar conmigo en los buenos y malos momentos.

A mi HIJO, Anthony Matías Guerrero Franco, porque es el regalo más grande que Dios me dio y gracias a el tengo las fuerzas necesarias para seguir adelante y romper todas las barreras que se presentan.

Griselda Isabel Franco Seme



## ÍNDICE

Nº	CONTENIDO	PAG.
<b>CAPÍTULO I</b>		
<b>1. CAMPO CONTEXTUAL PROBLEMÁTICO</b>		
1.1.	CONTEXTO NACIONAL, REGIONAL, LOCAL Y/O INSTITUCIONAL .....	1
1.1.1	CONTEXTO NACIONAL Y LOCAL .....	1
1.1.2	LA MORBILIDAD DEL CANTÓN QUEVEDO EN EL AÑO 2010 .....	3
1.1.3	CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	3
1.1.4	DIAGNOSTICO SITUACIONAL DEL ÁREA DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS .....	4
1.2	SITUACIÓN ACTUAL DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN.....	5
1.3	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
1.3.1.	PROBLEMA GENERAL .....	6
1.3.2.	PROBLEMAS DERIVADOS.....	6
1.4	DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....	7
1.4.1.	TEMPORAL .....	7
1.4.2.	ESPACIAL.....	7
1.4.3.	UNIDADES DE OBSERVACIÓN .....	7
1.5	JUSTIFICACIÓN .....	8

1.6. OBJETIVOS	
1.6.1 OBJETIVO GENERAL .....	9
1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9

## **CAPÍTULO II**

### **2. MARCO TEÓRICO**

2.1 ALTERNATIVAS TEÓRICAS ASUMIDAS .....	10
2.2 CATEGORÍAS DE ANÁLISIS TEÓRICO CONCEPTUAL .....	10
2.2.1. INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN MUJERES EMBARAZADAS .....	10
2.2.1.1 ETIOPATOGENIA Y FACTORES PREDISPONENTES .....	12
2.2.1.2. RIESGOS EN LA EMBARAZADA FRENTE A UNA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO .....	15
2.2.1.3 FORMAS DE PRESENTACIÓN CLÍNICA.....	16
2.2.1.3.1. BACTERIURIA ASINTOMÁTICA. (BA) .....	16
2.2.1.3.2. CISTITIS AGUDA. ....	19
2.2.1.3.3 PIELONEFRITIS AGUDA .....	20
2.2.1.4. PUNTOS CLAVE EN EL DIAGNOSTICO DE INFECCIONES URINARIAS EN EL EMBARAZO .....	22
2.2.1.5. TRATAMIENTO DE INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO .....	24
2.2.1.6 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL .....	27
2.2.2 CLASIFICACIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL POR SÍNDROMES .....	32
2.3. PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS .....	35

2.3.1 HIPÓTESIS GENERAL .....	35
2.3.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS .....	35
2.4 OPERACIONALIZACION DE AS VARIABLES .....	36

### **CAPÍTULO III**

#### **3. LA METODOLOGÍA**

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	37
3.1.2 UNIVERSO Y MUESTRA .....	37
3.2 MÉTODO Y TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	38
3.2.1 MÉTODOS .....	38
3.3.2. TÉCNICAS .....	38
3.3. PROCEDIMIENTO .....	38

### **CAPÍTULO IV**

#### **4.ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DEL RESULTADOS**

4.1TABULACIONES E INTERPRETACIÓN DE DATOS .....	39
4.2 COMPROBACIÓN Y DISCUSIÓN DEHIPÓTESIS .....	46
4.3.- CONCLUSIONES .....	47

### **CAPÍTULO V**

#### **5.- PROPUESTA ALTERNATIVA**

5.1.- PRESENTACIÓN .....	48
5.2. OBJETIVOS .....	49
5.2.1. OBJETIVO GENERAL .....	49

5.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	49
5.3.- DESCRIPCIÓN DE LOS ASPECTOS OPERATIVOS DE LA PROPUESTA.....	50
5.4.- RECURSOS.....	51
5.4.1. RECURSOS HUMANOS .....	51
5.4.2. RECURSOS MATERIALES.....	51
5.5.- CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA.....	52
5.6 CRONOGRAMA DE CHARLA EDUCATIVA.....	53

## **CAPÍTULO VI**

6.- BIBLIOGRAFÍA .....	54
------------------------	----

## **CAPÍTULO VII**

7.- ANEXOS .....	56
------------------	----

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades infecciosas constituyen una de las consultas más frecuentes en los servicios de consulta externa, urgencias y consultorios de médicos generales y pediatras.

La enfermedades infecciosas continúa siendo una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en las mujeres embarazadas y producto de gestación, a pesar de los grandes esfuerzos y logros que, desde la perspectiva de la salud pública se vienen ejecutando, la recuperación de prácticas tradicionales que apoyan un tratamiento adecuado en mujeres embarazadas.

A partir de estos contextos los logros se han visto reflejados en forma radical en la tendencia de la mortalidad, en la cual se observa un descenso importante, sin embargo, la mortalidad continúa ocupando las primeras causas de consulta e ingreso hospitalario.

El presente trabajo de investigación está estructurado en capítulos:

El capítulo 1, enfoca la problemática objeto de estudio, estableciendo los objetivos que son las directrices o líneas de acción del trabajo.

El capítulo 2, sustenta el aporte científico, determinando el supuesto a comprobar.

El capítulo 3, se refiere al marco metodológico, especificando los métodos, técnicas y procesos planteados en la investigación.

El capítulo 4, relaciona el estudio de campo que comprueba la hipótesis planteada, emitiendo las respectivas conclusiones y recomendaciones.

El capítulo 5, se estructura la propuesta, que es la alternativa viable para disminuir la problemática estudiada, aportando así al mejoramiento de la calidad de vida y salud de los infantes.

**TEMA:**

**LAS INFECCIONES RECURRENTE Y SU RELACIÓN CON LOS ESTILOS DE VIDA EN LAS EMBARAZADAS QUE ASISTEN AL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS EN LA CIUDAD DE QUEVEDO EN EL PRIMER SEMESTRE DEL 2012.**

# 1. CAMPO CONTEXTUAL PROBLEMÁTICO

## 1.1. CONTEXTO NACIONAL, REGIONAL, LOCAL Y/O INSTITUCIONAL

### 1.1.1. Contexto nacional y local.

**Ecuador** (oficialmente **República del Ecuador**) es un país situado en la parte noroeste de América del Sur. Ecuador limita al norte con Colombia, al sur y al este con Perú y al oeste con el océano Pacífico. El país tiene una extensión de 256.370 km<sup>2</sup> y una población de más de 14 millones de personas. Ecuador es surcado de norte a sur por una sección volcánica de la cordillera de los Andes (70 volcanes, siendo el más alto el Chimborazo, con 6.310 msnm) Al oeste de los Andes se presentan el Golfo de Guayaquil y una llanura boscosa; y al este, la Amazonia. Es el país con la más alta concentración de ríos por kilómetro cuadrado en el mundo. En el territorio ecuatoriano, que incluye las islas Galápagos 1000 km al oeste de la costa, se encuentra la biodiversidad más densa del planeta.

Los datos generados por el INEC informan que para noviembre de 2010, 14.306.876 personas habitan Ecuador.<sup>1</sup>En lo referente al sexo de la población, se puede establecer que alrededor del 49,4% se encuentra compuesta por hombres, y un 50,6% por mujeres. Estas cifras varían aún más a favor de las mujeres en las provincias de la sierra central ecuatoriana. Aproximadamente el 75% de la población reside en los centros urbanos, mientras el resto se desenvuelve en el medio rural.

La población católica romana del Ecuador es del 90%. El 8% de la población está compuesta por protestantes, en su mayoría evangélicos y en minoría se encuentran los protestantes tradicionales y testigos de Jehová; de este 8% un grupo con crecimiento constante en la actualidad son los santos de los últimos días (mormones) que serían

---

<sup>1</sup><http://www.ecuadorencifras.com/cifras-inec/main.html>

en términos generales casi un 1% de la población ecuatoriana. Un 2 % se compone de diversas denominaciones, cristianos ortodoxos, judíos, musulmanes, budistas y new age, gnósticos, y creencias animistas indígenas, agnósticos y ateos, de conformidad con los datos de la agencia CIA del 2010.

**Los Ríos**, oficialmente **Provincia de Los Ríos**, es una de las 24 provincias de la República del Ecuador, localizada en la región litoral del país. Su capital es la ciudad de Babahoyo y su localidad más poblada es la ciudad de Quevedo. Es uno de los más importantes centros agrícolas del Ecuador. Con sus 765 274 habitantes, Los Ríos es la cuarta provincia más poblada del país, debido principalmente al reciente desarrollo de la industria.

Su territorio está ubicado en la parte central del litoral del país y limita con las provincias de Guayas, Santo Domingo de los Tsáchilas, Manabí, Cotopaxi y Bolívar.

Según el último ordenamiento territorial, la provincia de Los Ríos pertenece a la región comprendida también por las provincias de Bolívar, Guayas y Santa Elena.

**Quevedo** es una ciudad de Ecuador, situada al norte de la provincia de Los Ríos. Es una ciudad en desarrollo establecida en una fértil tierra agrícola, tiene una población de: 139.790 habitantes. Se encuentra a unos 190 km de Guayaquil y 240 de Quito. La ciudad es un importante cruce de carreteras, que conecta a Santo Domingo de los Tsachilas - Quito, Babahoyo - Guayaquil, El Empalme - Portoviejo y La Mana – Latacunga

Entre las patologías que con más frecuencia se reportan en el Cantón Quevedo tenemos el siguiente cuadro que se ilustra a continuación.



### 1.1.2 La morbilidad del Cantón Quevedo en el año 2010 (mes de enero a abril)

Nº	Patologías	Total
1	Infecciones respiratorias aguda	13.284
2	Parasitosis	8.812
3	Infecciones Vías urinarias.	5.008
4	Síndrome Diarreico	4.320
5	Síndrome febril	3.051
6	Heridas	1.229
7	Anemia	870
8	Hipertensión Arterial	817
9	Desnutrición	449
10	Vaginitis	439
11	Gastritis	346
12	Síndrome Doloroso Abdominal	193
13	Piodermitis	167
14	Dermatitis	105

### 1.1.3 Contexto institucional.

El Hospital de Quevedo “Sagrado Corazón de Jesús”, tiene su inicio en los años de 1960, cuando la religiosa de nacionalidad española Madre María Feliza Barandearán Directora de la Escuela Nuestra Señora de Fátima, reúne a un grupo de distinguida damas y conforman la Junta parroquial de Caridad.

La principal finalidad de esta junta, fue ayudar a los enfermos de tuberculosis, que en esa época prevalecía en la población, en 1962 un grupo de distinguidas personas se constituyeron en la Junta de Beneficencia, cuya finalidad fue la consecución de un Hospital para Quevedo, y fue el señor Vicente Chang Luey quien donó el terreno para la construcción del Centro de Salud, y es el 28 de abril de 1971 que abre sus puertas con los servicios de Consulta Externa, Emergencia, laboratorio y rayos X, con una plantilla de personal en número de 24 entre médicos, enfermeras y empleados.

En el 1993 el Hospital de Quevedo entra formar parte como área de salud en el proyecto piloto de atención primaria de salud, firmados por los gobiernos de Ecuador y Bélgica, y en el transcurso que duró el convenio ecuatoriano belga remodeló la planta baja y construyó la segunda planta correspondiente al bloque administrativo, donde funciona la UCA, sala de reunión, auditorio y biblioteca.

Actualmente cuenta con las áreas de:

Hospitalización: Pediatría, Cirugía General, Ginecología, Obstetricia, Medicina interna

Consulta Externa: Pediatría, Cirugía General, Traumatología, Ginecología, Obstetricia, Medicina interna, Odontología, Rehabilitación, Epidemiología, Cardiología

Emergencia: Cirugía menor, Obstetricia, Observación de cirugía y medicina interna, Observación de obstetricia, Área de legrados y partos eutócicos.

Cirugía: Quirófanos y post operatorio.

Laboratorio clínico, Gabinete de radiología, Ecografía

#### **1.1.4 Diagnóstico situacional del área de Obstetricia del Hospital Sagrado Corazón de Jesús.**

Consta con 2 cubículos: uno de preescolar y el otro de escolares

PREESCOLAR:

- 6 cuneros (c/u con un velador, silla, portasuero, lámpara de pared)
- 1 acondicionador de aire
- 1 silla de ruedas
- 1 escritorio
- 1 vitrina
- 1 porta carpetas
- 1 shailon

- 2 nebulizadores
- 1 tambor de curación
- 2 equipos de curación
- 28 sabanas
- 2 tensiómetros
- 6 termómetros
- 1 baño
- 10 charol de paro
- 3 bideles
- Oxígeno empotrado
- 1 reloj de pared
- 2 tachos de basura

**ESCOLAR:**

- 3 camas (c/u con un velador, silla, portasuero, lámpara de pared)

## **1.2 SITUACIÓN ACTUAL DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN**

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, ha implementado acciones tendientes en mejorar la situación materno infantil, sin embargo la falta de una política definida a nivel nacional así como la insuficiente coordinación con otros organismos el presupuesto limitado destinado a otros programas y la escasez de recursos humanos plenamente capacitados, hacen que el objetivo propuesto sea inalcanzable, colocando los resultados muy por debajo de las metas trazadas.

El hospital de Quevedo como institución pública de atención y de salud integral ajustándose a la constitución actual, donde se garantiza la salud constante de la familia especialmente de mujeres embarazadas y el producto de la gestación.

Es de gran importancia empezar un proceso de investigación basados en una problemática que afecta cotidianamente a la comunidad de mujeres embarazadas en la ciudad de Quevedo, ya que se presentan muchos caso relacionados con infecciones en el proceso de embarazo, debido a muchas hipótesis planteadas del origen de estas enfermedades no podríamos decir exactamente como y donde se originan pero si podríamos estudiar cuales son las más comunes.

### **1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

#### **1.3.1 PROBLEMA GENERAL**

¿De qué manera las infecciones recurrentesy los estilos de vida inciden en la calidad de vida las mujeres embarazadas que asisten al hospital Sagrado Corazón de Jesús?

#### **1.3.2 PROBLEMAS DERIVADOS**

- ¿De qué manera el conocimiento de las infecciones recurrentes y los estilos de vida incide en la calidad de vida de las mujeres que acuden al hospital Sagrado Corazón de Jesús?
- Como el conocimiento de las infecciones recurrentes y estilos de vida contribuyen a mejorar la calidad de vida de las mujeres embarazadas que asisten al hospital Sagrado Corazón de Jesús.
- ¿De qué manera la implementación de un programa de capacitación a las madres contribuye a la prevención de infecciones recurrentes en mujeres embarazadas?

## 1.4 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.4.1. Temporal

Julio – Diciembre 2012

### 1.4.2. Espacial.

<b>Institución</b>	Hospital “Sagrado Corazón de Jesús”
<b>Ubicación</b>	Parroquia 7 de octubre.
<b>Cantón</b>	Quevedo
<b>Provincia</b>	Los Ríos
<b>País</b>	Ecuador

### 1.4.3. Unidades de observación:

Mujeres embarazadas que asistan al Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Ciudad de Quevedo, durante los meses Julio y Diciembre del 2012.

## 1.5 JUSTIFICACIÓN

Las mujeres embarazadas están propensa a contraer infecciones, que durante la gestación requieren tratamiento inmediato para no derivar en una infección más severa poniendo en riesgo otros órganos mas delicados como el riñón especialmente, ya que podría afectar el producto de gestación o aumentar el riesgo de que tenga un parto prematuro o un bebé que nazca con bajo peso, asociado con un mayor riesgo de muerte fetal o muerte al nacimiento.

Por otra parte, infecciones de transmisión sexual que deben controlarse y tratarse adecuadamente para proteger mujeres embarazadas y el producto de gestación. Visto desde la salud las infecciones prevalentes durante el embarazo son una problemática con un campo amplio por investigar, por ello nace esta investigación para identificar y encontrar respuestas beneficiosas y de esa manera controlar, tratar y proteger las mujeres embarazadas y el producto de gestación.

## **1.6 OBJETIVOS**

### **1.6.1 OBJETIVO GENERAL**

- Determinar de qué manera las infecciones recurrentes y los estilos de vida inciden en la calidad de vida de las mujeres embarazadas que asisten al hospital Sagrado Corazón de Jesús.

### **1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Realizar un estudio de los efectos que causa el desconocimiento de métodos de prevención para infecciones recurrentes para que ocurra el contagio de mujeres embarazadas.
- Evaluar si los estilos de vida contribuyen a prevenir las infecciones recurrentes en las mujeres embarazadas que asisten al hospital Sagrado Corazón de Jesús.
- Diseñar un programa modelo de capacitación para las mujeres embarazadas que contribuya a la prevención y disminución de enfermedades infecciosas recurrentes.

## **II. MARCO TEÓRICO**

### **2.1.ALTERNATIVAS TEÓRICAS ASUMIDAS**

Dada la gran morbilidad para la madre y el feto es esencial detectar la infección sintomática o asintomática lo más tempranamente posible y tratarla adecuadamente para mantener a la mujer sin bacteriuria a lo largo de todo el embarazo. Casi todas las embarazadas con bacteriuria pueden diagnosticarse en el primer trimestre, siendo infrecuente (~2%) que después de un urocultivo negativo en la rutina diagnóstica del primer trimestre las mujeres desarrollen una infección sintomática (20). Por tanto parece improbable que el embarazo en sí predisponga a una mayor colonización del tracto urinario.

Las infecciones del tracto urinario (ITU) representan el 10% de las consultas de las mujeres, y el 15% de las mujeres padecen de ITU en el transcurso de su vida. Durante el embarazo presenta una incidencia del 8%. Entre las mujeres gestantes, 28% de las que tenían bacteriuria al inicio del embarazo desarrollaron pielonefritis a lo largo de su embarazo, en tanto que las que tuvieron el urocultivo inicial negativo sólo la desarrollaron un 1.4%.

### **2.2.CATEGORÍAS DE ANÁLISIS TEÓRICO CONCEPTUAL**

#### **2.2.1.INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN MUJERES EMBARAZADAS.**

La infección de vías urinarias, se la define como la presencia anómala y elevada de bacterias en orina recogidas por micción normal. La orina es un líquido estéril y se encuentra en la vejiga, por tanto mediante punción en la zona suprapúbica debería de estar libre de gérmenes. La morbilidad y la mortalidad que pueden asociarse a distintos cuadros clínicos asociados a los ITU constituyen un reto para poner



tratamiento adecuado que depende del germen involucrado en la etiología y del cuadro clínico del paciente.

Un punto muy importante es el caso de **infecciones urinarias en mujeres embarazadas**, pues en esta etapa los cambios asociados con las variaciones hormonales y el crecimiento del bebé y del útero ejercen una presión continua en la vejiga y el tracto urinario, ocasionando alteraciones en el vaciamiento urinario y, en consecuencia, **infecciones frecuentes**. Es importante mencionar también que las mujeres que presentan infecciones urinarias recurrentes durante el embarazo tienen un riesgo mayor de tener complicaciones durante y después del nacimiento del bebé.

Durante la primera parte de la gestación se desarrolla un hidrouréter fisiológico, que se mantiene hasta el término, causado por las propiedades relajantes del músculo liso que posee la progesterona y por la presión que el útero grávido ejerce sobre los uréteres. También disminuye el tono vesical y su volumen total puede doblarse sin provocar molestias o urgencia miccional.

Las mujeres gestantes presentan un riesgo incrementado de ITU, debido que a partir de la semana 6 y con un pico en la semana 22-24, aproximadamente el 90% de las mujeres gestantes desarrollan dilatación ureteral (hidronefrosis del embarazo). El volumen incrementado de la vejiga con disminución del tono vesical, además de la disminución del tono ureteral, contribuye a incrementar el estasis urinario y el reflujo vesico-ureteral. Adicionalmente, el incremento fisiológico del volumen plasmático disminuye la concentración urinaria, y más del 70% de las mujeres gestantes desarrollan glucosuria, facilitando el crecimiento bacteriano en la orina.

La infección de vías urinarias es la complicación infecciosa más frecuente del embarazo. De hecho, las mujeres son más susceptibles a la infección de vías urinarias debido a los siguientes factores:

- Una uretra más corta.

- Fácil contaminación de la uretra por bacterias de la vagina y el recto.
- Posibilidad de la que la mujer no vacíe por completo la vejiga cada vez que orina.
- Movimiento de bacterias al interior de la vejiga con cada relación sexual.

Se suman además, los cambios que el propio embarazo produce en el aparato urinario como son la relajación del músculo liso de los uréteres que impide que la orina llegue adecuadamente a la vejiga para ser eliminada, y la compresión que ejerce la matriz sobre la vejiga lastimando su cubierta interna y dejándola incapacitada para vaciarse por completo cada vez que la mamá orina.

Los micro-organismos que causan ITU durante el embarazo son: *Escherichiacoli* (80-90%), otras bacterias Gram-negativas (*Proteusmirabilis* y *Klebsiellapneumoniae*, bacterias Gram-positivas (Streptococcus del grupo B y *Staphylococcussaprophyticus*), y otros organismos menos comunes como enterococos, *Gardnerellavaginalis* y *Ureaplasmaureolyticum*.

#### **2.2.1.1. ETIOPATOGENIA Y FACTORES PREDISPONENTES.**

La mayor incidencia de Infecciones Urinarias en la mujer, con relación al hombre, en general se explican por las diferencias anatómicas existentes. La uretra femenina es más corta, mide aprox. 4 a 6 cm (vs. 14 y 16 cm en el hombre), lo que determina su más fácil exposición a gérmenes provenientes de la flora vaginal y rectal. Por otra parte, en el embarazo suceden una serie de cambios morfológicos y funcionales, que favorecen la infección de las vías urinarias. La entrada de gérmenes al aparato urinario es principalmente por la vía ascendente, en que gérmenes de la zona anal y vaginal migran a través de la uretra y colonizan la vejiga. También se ha descrito la vía hematogena y linfática con gérmenes provenientes del intestino u otro foco infeccioso. Se ha observado una relación entre ITU y el coito que actúa como factor contaminante. La presencia de vaginosis bacteriana también está relacionada con una

mayor incidencia de ITU. En la vejiga de la embarazada, por efectos de la progesterona, disminuye el tono en forma progresiva, por lo cual aumenta su capacidad pudiendo alcanzar cerca de un litro al término del embarazo. Esto determina que el vaciamiento vesical sea incompleto.

El trígono, posiblemente como resultado de la estimulación por estrógenos experimenta una hiperplasia e hipertrofia muscular. A esto se agregan los cambios en la morfología que se producen al final del embarazo, en que por el crecimiento uterino y la hiperemia de los órganos pélvicos, la vejiga es desplazada hacia arriba y adelante determinando que el trígono cambie su forma cóncava en convexa. En la mucosa vesical se producen congestión y aumento de tamaño y flexuosidad de los vasos sanguíneos, tornándose más edematosa con lo cual se hace más susceptible a las infecciones.

La vejiga se vuelve cada vez más flácida y disminuye el tono. Todos los cambios anteriores causan insuficiencia de la válvula vésico-ureteral lo cual ocasiona un reflujo vésico-ureteral. Con todos los cambios que se producen en la vejiga, principalmente en el tercer trimestre del embarazo, hay un estiramiento del trígono, con desplazamiento lateral de la porción intravesical de los uréteres, lo cual acorta la porción terminal de éste y hace que disminuya la presión en su interior. Cuando la presión intravesical aumenta durante la micción, hay regurgitación de orina de la vejiga hacia los uréteres.

Los cambios morfológicos más tempranos y definidos de las vías urinarias durante el embarazo son las dilataciones de la pelvis renal y uréteres. El llamado hidroureter fisiológico del embarazo se caracteriza por un notable incremento de su diámetro interior, que se acompaña de hipotonía e hipomotilidad de su musculatura lisa. Su volumen en el embarazo puede aumentar hasta 25 veces y retener hasta 300 cc de orina. Un signo característico del hidroureter es la preferencia de este fenómeno por el lado derecho, por arriba del estrecho pélvico superior. Esto probablemente se deba

al cruce de vasos sanguíneos, que producirían un acosamiento del uréter derecho. También la dextrorrotación del útero por el colón sigmoide, produciría una compresión del uréter derecho. Estos cambios son progresivos a medida que avanza el crecimiento del útero.

En síntesis, podríamos decir que en un comienzo, los mayores niveles de hormona sexuales producen un engrosamiento de la porción inferior y resblandecimiento de la porción superior del órgano y al evolucionar el embarazo hay compresión parcial del uréter a nivel del estrecho pélvico superior, por estructuras como útero, feto, arterias ilíacas y venas ováricas, con lo cual se ocasiona mayor dilatación y estasis de orina. En los riñones, los cambios más significativos que ocurren son el incremento de su tamaño, el cual se recupera a los seis meses post-parto. El riñón crece en 1 a 1.5 cms durante el embarazo. Se desconoce cuál sea el mecanismo de éste crecimiento, pero podría reflejar el incremento de corriente sanguínea y volumen vascular por los riñones, con un cierto grado de hipertrofia. No se ha podido demostrar la aparición de nuevas neuronas<sup>2</sup>.

Algunos de los factores que predisponen la aparición de infecciones urinarias en el embarazo son:

- Cambios fisiológicos y mecánicos característicos de esta etapa
- Disminución de la movilidad del tracto urinario por causas mecánicas y hormonales
- Cambios del entorno vaginal como modificaciones del pH y microflora
- Efecto obstructivo causado por el crecimiento uterino
- Disminución de los mecanismos de defensa del tracto urinario

---

<sup>2</sup> Hans Oppermann S. INFECCION URINARIA EN EL EMBARAZO TRATAMIENTOS ACORTADOS VS. TRATAMIENTOS PROLONGADOS TRADICIONALES. Fronteras en Obstetricia y Ginecología. Dic 2002; 2(2): pág.33

Los **síntomas y signos** más frecuentes son:

- Fiebre
- Irritabilidad
- Pérdida de apetito
- Vómito y diarrea
- Olor desagradable de la orina
- Orina con sangre
- Dolor abdominal o de espalda
- Dolor o ardor al orinar
- Sensación –al terminar de orinar- de que no se vacía completamente la vejiga.
- Orinar constantemente en intervalos de tiempo muy cortos.

#### **2.2.1.2. RIESGOS EN LA EMBARAZADA FRENTE A UNA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU)**

El mayor riesgo a que se enfrenta una embarazada en presencia de ITU es la posibilidad de realizar una Pielonefritis Aguda. Especial atención merece la Bacteriuria Asintomática, cuya evolución natural sin tratamiento predispone a pielonefritis en un 13 a 65 % de los casos.

Diferentes estudios han mostrado relación entre parto prematuro e ITU. Las contracciones uterinas son inducidas por citocininas y prostaglandinas que son liberadas por los microorganismos. La Bacteriuria Asintomática, cervicitis por gonococo y vaginosis bacteriana están estrechamente relacionada con parto prematuro. El rol de la Clamidia tracomatis, Tricomonas vaginalis y el Ureaplasma urealyticum esta menos claro. Con un adecuado diagnóstico y tratamiento racional, los médicos de familia pueden disminuir considerablemente el riesgo de presentar parto prematuro en estas pacientes.

### **2.2.1.3. FORMAS DE PRESENTACIÓN CLÍNICA:**

#### **2.2.1.3.1. BACTERIURIA ASINTOMÁTICA. (BA)**

El tracto genitourinario normal es estéril, hasta la parte distal de la uretra. La bacteriuria asintomática generalmente ocurre por ascenso de las bacterias de la uretra a la vejiga y que en ocasiones llegan a ascender hasta el riñón. Es decir se refiere a la presencia de bacterias en una muestra de orina que, como su nombre lo indica, no produce síntomas.

Es la más frecuente de las infecciones urinarias. Debido a ello y a que no presenta síntomas, la realización de un cultivo de orina forma parte de los exámenes prenatales que todo ginecólogo solicita a las mamás embarazadas en la primera consulta.

Los pacientes con bacteriuria asintomática (>10.000 unidades formadoras de colonias por ml) tienen un riesgo elevado de producir pielonefritis. Esta bacteriuria asintomática no tratada desarrolla cistitis sintomática en el 30%, que puede desarrollar pielonefritis en el 50% de los casos. Además, se asocia con riesgo incrementado de retardo del crecimiento intrauterino y recién nacidos con bajo peso al nacer y de pretérmino secundario a trabajo de parto prematuro.

Las bacterias aisladas de pacientes con bacteriuria asintomática usualmente se originan de flora que se encuentra en intestino, vagina o área periuretral. Para pacientes expuestos a instrumentación del tracto urinario, las bacterias son introducidas a través de instrumentos urológicos contaminados o fluidos que son llevados al tracto urinario del paciente sin este estar colonizado anteriormente. Estos organismos permanecen en el tracto urinario sin ser eliminados por el hospedero y sin una respuesta suficiente para producir síntomas o causar erradicación. Existen

factores tales como predisposición genética, vaciamiento incompleto de la vejiga o presencia de un cuerpo extraño provocando la persistencia de los organismos.

*Escherichiacolies* el organismo que con más frecuencia se aísla de sujetos con bacteriuria asintomática. Sin embargo existe un rango amplio de otras bacterias aisladas. En pacientes ancianos y pacientes manejados con cateterización intermitente, *E. coli* es el agente aislado con menor frecuencia en hombres que en mujeres. Pacientes con anormalidades estructurales o funcionales del tracto urinario, a menudo con cuerpos extraños o con manejo repetitivo antimicrobiano, frecuentemente se aíslan otras enterobacterias y gram-negativos tales como *Pseudomona aeruginosa*. Organismos gram-positivos incluyendo *enterococcuspp* y *Staphylococcuscoagulasa* negativo y otros como *Staphylococcusaprophyticus* podrían ser aislados más frecuentemente en pacientes con bacteriuria asintomática que con los que muestran signos de infección.

Los criterios de Kass son los aceptados para definir presencia excesiva de bacterias en la orina obtenida por emisión uretral: 100 mil unidades formadoras de colonias (UFC) por mL de orina indica infección urinaria en individuos sin uropatía. Dicho diagnóstico admite a su vez dos modalidades: en presencia de síntomas o signos clínicos se denomina infección sintomática, en ausencia de los mismos el término es bacteriuria asintomática<sup>3</sup>.

A menudo el huésped presenta una respuesta local urinaria aun en ausencia de síntomas. La piuria se reporta en bacteriuria asintomática en 43% de las niñas en edad escolar, 32% en mujeres jóvenes sanas, 78% en mujeres diabéticas, 25% a 80% en mujeres embarazadas y 90% en hombres y mujeres ancianos. Los niveles totales de leucocitos en orina son variables, pero los pacientes podrían tener altos niveles de leucocitos en orina (piuria) acompañando constantemente a la bacteriuria

---

<sup>3</sup> Germán Quiroga-Feuchter,1 Rosa Evangelina Robles-Torres, Andrés Ruelas-Morán, Alejandro V. Gómez-Alcalá. BACTERIURIA ASINTOMÁTICA EN MUJERES EMBARAZADAS. RevMedInstMex Seguro Soc. Año 2007; Vol45 N° 2: Pag. 169-172.

asintomática por años. La bacteriuria debida a gram-positivos está asociada con bajos niveles de piuria. Otros marcadores inmunológicos o inflamatorios tales como las citocinas e inmunoglobulinas urinarias podrían estar presentes. Los resultados y significado clínico de esta respuesta local aun no están bien comprendidos<sup>4</sup>.

La identificación y tratamiento de la bacteriuria asintomática son importantes porque permiten evitar que la infección progrese a pielonefritis. Además, es probable que la bacteriuria sea uno de los factores desencadenantes de parto pretérmino y consecuentemente de prematurez, bajo peso e inmadurez orgánica. Después del tratamiento, las pacientes con bacteriuria terminaron la gestación sin problemas ni recaídas, como también han indicado otros autores.

La infección sintomática fue más frecuente en primigestas que en múltiparas, en quienes la bacteriuria asintomática es común. Es muy importante que en todas las pacientes embarazadas, sobre todo en aquellas con más de una gestación, se incluya cuando menos un urocultivo de rutina durante el primer trimestre.

La droga de elección es la ampicilina (presenta 20-30% de resistencia), nitrofurantoína, cefalosporinas, fosfomicina (en única dosis), sulfonamidas (solo en el 1er. o 2do. trimestre, por el riesgo de producir kernicterus si es administrado en el 3er. trimestre). Las fluoroquinolonas y las tetraciclinas están contraindicadas por posibles efectos tóxicos en el feto.

Luego de completar el tratamiento antibiótico se debe realizar urocultivo de control para documentar el éxito de la erradicación.

---

<sup>4</sup> Germán Quiroga-Feuchter, Rosa Evangelina Robles-Torres, Andrés Ruelas-Morán, Alejandro V. Gómez-Alcalá. BACTERIURIA ASINTOMÁTICA EN MUJERES EMBARAZADAS. RevMedInstMex Seguro Soc. Año 2007; Vol45 N° 2: Pag. 169-172.



### 2.2.1.3.2. CISTITIS AGUDA.

Se llama así a la infección localizada en la vejiga. A diferencia de la bacteriuria asintomática, ésta sí produce síntomas tales como la urgencia para orinar, el ardor al orinar, un incremento en el número de veces que se orina al día y molestia en la región superior del pubis. Se puede acompañar de la presencia de sangre en la orina, o bien, ésta se puede encontrar turbia.

La Cistitis Aguda, que es un problema frecuente en las mujeres no embarazadas, afecta a un bajo porcentaje de embarazadas, que oscilan entre un 1,3 a 3,4% de las embarazadas. Por observaciones realizadas por diversos autores, se plantea que la cistitis aguda es una entidad clínica diferente a la Bacteriuria Asintomática del embarazo y la Pielonefritis Aguda.

En el 95% de los casos de infección es monomicrobiana. Las bacterias aisladas en la orina son similares a las aisladas en casos de bacteriuria asintomática. El germen responsable más frecuente es *Escherichiacoli*, seguido de *Klebsiellaspp* y *Proteusspp*. En una paciente con cistitis, el análisis de orina suele demostrar<sup>5</sup>:

- Sedimento: piuria (en general > 3 leucocitos por campo de 40 aumentos).
- Urocultivo positivo (> 100.000 UFC/ml).

Se caracteriza por aparición de síntomas circunscritos solo a la vejiga como poliaquiuria, urgencia miccional, disuria y molestia suprapúbica. Al examen físico solo se caracteriza por dolor suprapúbica al tacto. La orina suele ser turbia, fétida y veces hematúrica. Por lo general no se observan síntomas generales de fiebre, escalofríos, cefaleas, náuseas y vómitos que suelen acompañar a la Pielonefritis

---

<sup>5</sup> INFORMACIÓN TERAPÉUTICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. Vol. 29-N.º 2, Año 2005.

aguda. El diagnóstico se hace sobre la base del cuadro clínico y se confirma con el urocultivo cuantitativo de orina y por el estudio del sedimento de orina, en busca de piuria, bacteriuria. La vulvovaginitis pueden simular una cistitis, y la orina expulsada puede sufrir contaminación por la secreción vaginal, por lo se propone efectuar la toma de muestra de orina por sondeo vesical.

Las pautas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento son similares a las de la bacteriuria asintomática. Simultáneamente con el tratamiento antibiótico, se aconseja la toma de 1 gr diario de vitamina C para acidificar la orina. Antibióticos frecuentemente utilizados en el tratamiento de la cistitis, como el trimetoprim sulfametoxazol, las tetraciclinas y cloramfenicol, están contraindicados durante el embarazo. Debe evitarse la utilización de cefalosporinas, si es posible, durante el periodo embrionario (primer trimestre)<sup>6</sup>.

#### **2.2.1.3.3. PIELONEFRITIS AGUDA.**

Es la más seria de las infecciones urinarias. Se llama pielonefritis a la infección del riñón y se presenta hasta en un 2.5% de las mujeres embarazadas.

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

La clínica incluye aparte de sintomatología de cistitis, alteración del estado general, fiebre, escalofríos, dolor localizado en la cintura posterior, a un lado de la columna

---

<sup>6</sup> A Alagnet, U A Beltrán, A. E Crespo 6.mrzñn. INFECCIONES URINARIAS EN EL EMBARAZO: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. Clinicasurologicas de la Complutense, 5, 203-208. Servicio (le Publicaciones, UCM, Madrid, 1997.

vertebral, náusea y vómito junto con los síntomas de urgencia urinaria, ardor al orinar e incremento en el número de veces que se orina al día. La exploración física suele ser muy demostrativa: la puñopercusión lumbar homolateral suele exacerbar el dolor de manera intensa lo que contrasta con la normalidad de la zona contralateral. En este tipo de infecciones la mamá se ve francamente enferma.

Su incidencia es del 1-2% de todas las gestantes. Las tasas pueden variar en dependencia de que se haga o no cribado de la bacteriuria asintomática y de la eficacia del tratamiento de la misma (un tratamiento adecuado de la bacteriuria asintomática disminuye en un 80% la incidencia de pielonefritis). Factores predisponentes para la pielonefritis son los cálculos ureterales y renales, así como la bacteriuria asintomática. Complicaciones de mayor gravedad que pueden aparecer en el curso de una pielonefritis son las complicaciones respiratorias y el choque séptico (15-20% cursan con bacteriemia).

El riesgo de la pielonefritis no es únicamente la posibilidad de un parto pretérmino. La mamá está en riesgo también porque las bacterias que causan la enfermedad se encuentran circulando en su sangre y liberan toxinas que pueden dañar otros órganos.

El diagnóstico clínico se confirma con el urocultivo con  $> 100.000$  UFC/ml en orina. En el sedimento encontraremos leucocituria y pueden aparecer también cilindros leucocitarios, proteinuria y hematíes.

El tratamiento de la pielonefritis requiere hospitalización de la paciente y las medidas a tomar son las siguientes:

- Valoración obstétrica:
  - Exploración vaginal y test de Bishop.
  - Monitorización de la FCF y dinámica uterina si fuera preciso.
  - Ecografía para valorar el estado fetal.
- Hemograma, proteína C reactiva, función renal y electrolitos.

- Hemocultivo y urocultivo previo al tratamiento.
- Monitorización periódica de signos vitales.
- Hidratación intravenosa para conseguir diuresis > 30 ml/hora.
- Correcto balance hídrico.
- Iniciar inmediatamente el tratamiento antibiótico de forma empírica.
- Es conveniente la realización de una ecografía renal.
- Control de posibles complicaciones médicas.
- Controles analíticos periódicos.
- Cuando la paciente esté apirética 48-72 horas, se pueden cambiar los antibióticos intravenosos a vía oral.
- Si persiste la fiebre a las 48-72 horas, se debe excluir una obstrucción de la vía urinaria y/o un absceso renal o perinefrítico. En este caso se debe realizar de forma urgente una ecografía renal.
- Una vez la paciente apirética, podremos valorar el alta hospitalaria y completar de forma ambulatoria el tratamiento durante 14 días.
- Se debe hacer un urocultivo de control 1-2 semanas tras finalizar el tratamiento y luego mensualmente hasta el parto.

#### **2.2.1.4. PUNTOS CLAVE EN EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIONES URINARIAS EN EL EMBARAZO.**

La sospecha de infección se sustenta en el cuadro clínico y el análisis de orina y se confirma con el sedimento urinario y el urocultivo<sup>7</sup>.

Diagnóstico de BA: el Urocultivo al principio del embarazo es el procedimiento diagnóstico de elección, el momento para hacerlo es al final del primer trimestre a inicio del segundo entre las 9 y 17 semanas. Si éste revela más de 100.000 UFC/ ml

---

<sup>7</sup>Yomayusa N, Altahona H. Infección de la vía urinaria inferior. Guías para manejo de urgencias. 2004. Disponible en:[http://www.fepafem.org.ve/Guias\\_de\\_Urgencias/Procesos\\_infecciosos/Infeccion\\_de\\_la\\_via\\_urinaria\\_inferior.pdf](http://www.fepafem.org.ve/Guias_de_Urgencias/Procesos_infecciosos/Infeccion_de_la_via_urinaria_inferior.pdf)

de un único microorganismo considerado uropatógeno, es suficiente para el diagnóstico de BA. La presencia de más de una especie bacteriana así como bacterias que normalmente no causan BA, es indicativo de contaminación. En caso de contajes entre 10.000 y 100.000 UFC/ ml debe repetirse el cultivo<sup>8</sup>. En caso de un urocultivo negativo, el control se hará mensualmente con examen general de orina. Es infrecuente que después de un urocultivo negativo en la rutina diagnóstica del primer trimestre, desarrollen una infección sintomática.

En caso de urocultivo positivo se dará el tratamiento antibiótico y se realizará control con urocultivo y examen general de orina a las 2 semanas de terminado el tratamiento, y continuará con urocultivo y examen general de orina mensuales durante el resto del embarazo. La persistencia de un urocultivo positivo después del tratamiento sugiere infección del parénquima renal.

Para el diagnóstico de cistitis, Bent y col. Realizaron una revisión sistemática de la literatura entre los años 1996 y 2001, seleccionando artículos que evaluaban la exactitud de la historia clínica y del examen físico en el diagnóstico de la IU, describiendo cuatro síntomas y un signo que incrementan significativamente la probabilidad de IU: Disuria, Polaquiuria, Hematuria, Dolor lumbar, Dolor a la palpación en el ángulo costovertebral.

A su vez, cuatro síntomas y un signo disminuyen la probabilidad de IU: Ausencia de disuria, Ausencia de dolor lumbar, Historia de flujo o irritación vaginal, Evidencia al examen genital de flujo vaginal.

El análisis de orina suele mostrar:

- Sedimento: piuria (en general > 3 leucocitos por campo de 40 aumentos)
- Urocultivo positivo (> 100.000 UFC/ ml)

---

<sup>8</sup> Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Protocolo de la infección urinaria durante el embarazo. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2005. Disponible en: [http://www.msc.es/estadEstudios/publicaciones/docs/vo\\_129\\_2InfecUrinariaEmbarazo.pdf](http://www.msc.es/estadEstudios/publicaciones/docs/vo_129_2InfecUrinariaEmbarazo.pdf)

Diagnóstico de Pielonefritis aguda: la clínica se confirma con el urocultivo con > 100.000UFC/ ml de orina. En el sedimento se encuentra leucosituria, también puede haber cilindros leucositarios, proteinuria y hematíes.

#### **2.2.1.5. TRATAMIENTO DE INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO.**

Tanto en las Cistitis como en las Pielonefritis, el tratamiento empírico debe iniciarse inmediatamente antes de disponer el resultado del urocultivo y antibiograma. Se debe valorar el riesgo del fármaco para el feto y la tasa de resistencia del centro hospitalario, debido a que puede diferir de un centro a otro, y lo que es más importante, puede cambiar a través del tiempo en una misma población, por lo tanto es de gran importancia en la elección del esquema terapéutico cuando se inicia en forma empírica en espera del cultivo<sup>9</sup>.

Se pueden dividir 2 grupos de antibióticos:

##### 1. Sin efectos nocivos conocidos sobre el desarrollo embrionario:

- ✓ Aminopenicilinas
- ✓ Cefalosporinas
- ✓ Penicilinas
- ✓ Carboxipenicilinas
- ✓ Monobactámicos

##### 2. Con efectos nocivos, por lo tanto están estrictamente contraindicados:

- ✓ Aminoglucósidos

---

<sup>9</sup>Abarzúa CF, Zajer C, Donoso B, Belmar J, Riveros JP, González BP, Oyarzún E. Reevaluación de la sensibilidad antimicrobiana de patógenos urinarios en el embarazo. RevChilObstetGinecol. Pontificia Universidad Católica de Chile 2002. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v67n3/art11.pdf>

- ✓ Tetraciclinas
- ✓ Quinolonas
- ✓ Acidonalidixico

En el caso de los siguientes fármacos, se destacan algunas particularidades con respecto a su uso:

- Trimetoprima/ Sulfametoxazol: está contraindicado en el 1° Trimestre y después de las 28 sem.
- Nitrofurantoína y Sulfamidas: contraindicados en el 3° Trimestre
- Cloranfenicol: contraindicado antes de las 12 sem y después de 28 sem.

En cuanto a la duración del tratamiento en el embarazo, deben evitarse las pautas cortas de tratamiento ya que su eficacia no está adecuadamente evaluada y el riesgo es elevado.

- **Esquema de tratamiento de las IU durante el embarazo:**

BA o cistitis

1° Trimestre:

1ª opción:

- ✓ Amoxicilina/ Clavulanato 875/ 125 mg (VO c/ 12 hs por 7- 10 días) o
- ✓ Ampicilina/ Sulbactan 375 mg (VO c/12 hs por 7- 10 días) o
- ✓ Cefalexina 500 mg (VO c/ 6 hs por 7- 10 días)(5)

2ª opción: alternativa o alergia a betalactámicos

- ✓ Nitrofurantoína 100mg (VO c/ 6 hs por 7- 10 días). Debe evitarse en el último trimestre

2° trimestre: Se utilizan los mismos antibióticos y con mismo esquema o Trimetoprima/ Sulfametoxazol 400/80 mg (vO c/ 12 hs por 7 días)

3° trimestre: Ampicilina/ Sulbactam, Amoxicilina/ Clavulanato o Cefalexina con los mismos esquemas citados anteriormente.

#### Pielonefritis

1°, 2°, 3° trimestre:

- ✓ Amikacina 1 gr (IV c/ 24 hs) más
- ✓ Ceftriaxona 1gr (IV c/ 24 hs)

Esquema alterno:

- ✓ Claritromicina 500 mg (IV c/ 12 hs) más
- ✓ Amikacina 1 gr (IV c/ 24 hs)

En la pielonefritis aguda: la hospitalización de la paciente tiene como objetivo: manejar la infección y vigilar la presencia de posibles complicaciones obstétricas. Se debe realizar:

- + Valoración obstétrica. Exploración vaginal y Test de Bishop, monitorización de la frecuencia cardiaca fetal y dinámica uterina, ecografía para valorar estado fetal.
- + Hemograma, proteína C reactiva, función renal y electrolitos.
- + Hemocultivo y urocultivo previo al tratamiento.
- + Monitorización periódica de signos vitales.
- + Hidratación venosa para conseguir diuresis > 30 ml/ hora.
- + Correcto balance hídrico.
- + Iniciar inmediatamente el tratamiento antibiótico de forma empírica.
- + Es conveniente realizar ecografía renal.
- + Control de posibles complicaciones.

Cuando la paciente esté apirética 48- 72 hs, se pueden cambiar los antibióticos intravenosos a vía oral, y valorar el alta hospitalaria y completar en forma ambulatoria el tratamiento durante 14 días. Si persiste la fiebre 48- 72 hs.



Se debe excluir una obstrucción de la vía urinaria y/ o un absceso renal o perinefrítico por medio de una ecografía renal.

Se debe realizar urocultivo de control 1- 2 semanas tras finalizar el tratamiento y luego mensualmente hasta el parto

IU recurrentes: pueden ser recidivas (es todo episodio que ocurre en las primeras semanas luego de una aparente curación y causado por la persistencia del mismo microorganismo) o reinfecciones (es causado por cepas distintas a la infección anterior). En el caso de recidiva se recomienda la utilización de dosis bajas de antibióticos durante 6- 12 meses orientando la terapia según el antibiograma. En la embarazada con IU recurrente por reinfecciones, se aconseja realizar profilaxis antibiótica hasta el parto con Cefalexina. Se debe hacer urocultivo en el posparto a las que tuvieron IU recurrente o bacteriuria persistente.

#### **2.2.1.6 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

Las Infecciones de transmisión sexual (ITS), también son conocidas como enfermedades de transmisión sexual (ETS) o clásicamente como enfermedades venéreas, son un conjunto de entidades clínicas infectocontagiosas agrupadas por tener en común la misma vía de transmisión: se transmiten de persona a persona solamente por medio de contacto íntimo que se produce, casi exclusivamente, durante las relaciones sexuales, incluyendo el sexo vaginal, el sexo anal y el sexo oral.

Los agentes productores de las infecciones de transmisión sexual incluyen bacterias, virus, hongos y protozoos.

Cerca de un millón corresponden a infecciones por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el agente causal del SIDA. Su importancia y la necesidad de

su control está no sólo en las infecciones agudas que causan, sino también, en las complicaciones que las caracterizan (como la enfermedad pélvica inflamatoria, el embarazo ectópico (embarazo fuera del útero) o la infertilidad (incapacidad de tener un embarazo)).

Se conocen más de 20 microorganismos transmisibles por contacto sexual, pero se puede afirmar que las infecciones más comunes son seis: tres consideradas las ITS clásicas:

- Sífilis
- Gonorrea
- Chancro blando o chancroide
- Clamidia
- Herpes genital
- Infección por VIH
- Virus de Papiloma Humano
- Hepatitis B

➤ **Los principales "factores de riesgo" para adquirir una ITS es exponerse a ella.**

- Tener una pareja sexual infectada.
- El comportamiento sexual de la persona, ya que se relaciona con la probabilidad de exposición y transmisión de las mismas.
- Tener relaciones coitales sin protección.
- Tener prácticas sexuales de riesgo como anal, vaginal, oral sin condón.
- Uso de alcohol y drogas que promuevan conductas sexuales de alto riesgo.
- Existen infecciones como el VIH y la infección por hepatitis b que se pueden adquirir con material punzocortante mediante tatuajes y perforaciones y no son precisamente por contacto sexual.

- Relaciones sexuales sin protección con personas desconocidas.
- Ser víctima de abuso sexual o violación por uno o varios agresores.

Para descartar la presencia de ITS, deben examinarse los siguientes casos:

- La presencia de salida de flujo por la vagina (líquido que puede ser blanco, amarillo/verdoso), dolor pélvico (dolor en abdomen bajo).
- Y en el hombre puede haber salida de líquido transparente o amarillo a través del pene (llamada secreción).
- Dolor y ardor al orinar, tanto en hombres como en mujeres
- Todo (a) adolescente sexualmente activo(a)
- Todo (a) adolescente que se sospecha haya sido víctima de violación, abuso sexual o incesto.
- Adolescentes embarazadas
- Adolescentes con antecedentes de varias parejas sexuales.
- Adolescentes sexoservidoras o bisexuales
- Adolescentes homosexuales
- Adolescentes que han tenido (o se sospecha que han tenido) contacto sexual con una persona que tiene ITS o que hayan usado drogas aplicadas en las venas
- Que hayan practicado el coito anal sin protección
- Inicio de relaciones sexuales a temprana edad sin protección
- Falta de uso de condón
- Adolescentes presos
- Adolescentes varones con leucocitaria (presencia de glóbulos blancos en la orina)
- Adolescentes con infecciones sexuales recurrentes
- Adolescentes drogadictos o que han compartido agujas

No es raro que una o más ITS se presenten y se repitan durante el periodo de la adolescencia y la reinfección es la causa más frecuente. La existencia de dos o más infecciones de transmisión sexual al mismo tiempo es común.

Se debe hacer seguimiento y estar alerta para detectar las secuelas (consecuencias) a largo plazo, tales como:

- Enfermedad inflamatoria pélvica (dolor abdominal bajo)
- Esterilidad
- Embarazo ectópico (embarazo fuera del útero).
- Orquitis, epididimitis y deferentitis (Inflamación de los testículos).
- Infecciones en el recién nacido de una madre infectada.
- Cáncer cérvicouterino (del cuello uterino).

Entre las **causas** se encuentran varios factores determinantes, de ellos destacan:

➤ **Factores Socioculturales**

- El comienzo de las relaciones sexuales a edades más tempranas, que implica una mayor posibilidad de contactos con distintas parejas sexuales.
- Uso inconstante del condón.
- El aumento de la actividad sexual, sólo con la protección de métodos anticonceptivos.
- La modificación de las costumbres (valores morales y familiares). Múltiples parejas casuales.
- No tener una educación sexual formal.
- El consumo de drogas y alcohol asociados a conducta de riesgo sexual irresponsable.

➤ **Factores Médicos**

- Resistencias de los gérmenes causales, es decir las bacterias, virus, hongos y otros crean resistencia a los medicamentos debido a la automedicación y al uso incorrecto de los antibióticos.
- Lo que contribuye a un aumento constante y continuo de las infecciones de transmisión sexual.

➤ **Complicaciones y secuelas más frecuentes de las infecciones de transmisión sexual**

Las ITS (infecciones de transmisión sexual) pueden dejar como secuela la infertilidad y otras complicaciones en la capacidad reproductiva de la persona:

➤ **En la mujer:**

- La enfermedad inflamatoria pélvica
- El dolor pélvico crónico (dolor abdominal bajo)
- La infertilidad
- El carcinoma cervicouterino, el cual puede ser consecuencia de la infección por algunos tipos de virus de papiloma humano.

Son secuelas importantes de ITS, en particular las causadas por la chlamydia y el gonococo. A su vez, la enfermedad inflamatoria pélvica mal atendida, por sus efectos sobre las trompas de Falopio que conducen a cicatrización puede llevar a complicaciones como infertilidad y embarazo ectópico (fuera del útero).

➤ **En el hombre:**

Está en riesgo de complicaciones como:

- Epididimitis (inflamación del epidídimo que se encuentra dentro de los testículos)

- Estrechez uretral (significa que el conducto por donde sale la orina se hace estrecho)
- Orquitis (inflamación de los testículos)
- Esterilidad (que ya no puede fecundar a un óvulo y no puede embarazar a su pareja).

➤ **En el embarazo:**

Algunas infecciones transmitidas sexualmente, como la sífilis, el VIH, la gonorrea y la clamidia, pueden pasar de la madre a su hijo durante el embarazo, al momento del nacimiento o la lactancia; y ocasionar complicaciones al producto como infecciones perinatales en ojos, sistema nervioso, tracto digestivo, así como otro tipo de afecciones.

## 2.2.2 CLASIFICACIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL POR SÍNDROMES

Los cuatro síndromes más comunes son:

➤ **Síndrome de secreción uretral**

La secreción uretral es la molestia más frecuente en hombres con ITS. En estos casos se observa la salida de secreción a través de la uretra, con frecuencia acompañada de disuria. (Ardor al orinar). Los agentes más comunes que causan la enfermedad son en estos casos *Neisseriagonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y *Ureoplasmaurealyticum*.

Para fines prácticos la uretritis (inflamación del conducto por donde pasa la orina en el hombre) se subdivide en gonocócica (causada por *Neisseriagonorrhoeae*) y no gonocócica (causada por *Chlamydia trachomatis* y *Ureoplasmauretriculum*)

### ➤ **Síndrome de flujo vaginal**

Si bien la presencia de flujo vaginal es la afección ginecológica más común de las mujeres sexualmente activas, no todos los casos son anormales, ni indican la presencia de una ITS. La percepción de un flujo anormal depende de la paciente, es frecuente que exista como parte de la molestia una mayor cantidad de secreción, un cambio en el aspecto u olor, prurito (comezón), disuria (ardor al orinar), dolor abdominal bajo, dolor genital o al tener relaciones sexuales. Existen microorganismos causantes del flujo vaginal que no son necesariamente infecciones de transmisión sexual (candidiasis y vaginosis bacteriana).

El flujo vaginal que proviene del cérvix (cuello uterino) es, por lo general, causado por *N. gonorrhoeae* y/o *C. trachomatis*; aquel que proviene directamente de las paredes vaginales es debido a *T. vaginalis*, *C. albicans* o se trata de una vaginosis bacteriana.

Existen también vaginitis químicas por la aplicación de medicamentos, limpieza vaginal con sustancias abrasivas o la introducción de cuerpos extraños. Es importante recordar que la paciente con candidiasis vaginal (infección por hongos) recurrente, puede tener diabetes Mellitus o bien infección por VIH.

La elección del tratamiento debe tomar en cuenta la causa más probable, la posibilidad de embarazo y la historia de contactos sexuales recientes de la o el paciente. Con excepción de los casos de candidiasis (infección por hongos) y vaginosis bacteriana (infección vaginal por bacterias) él o los contacto(s) sexual(es) deben incluirse en el tratamiento.

### ➤ **Síndrome de ulceración genital**

Los agentes que comúnmente producen úlceras genitales son *Treponema pallidum* (sífilis), *Haemophilus ducreyi* (chancroide), *Calymmatobacterium granulomatis* (danovanosis), los virus del herpes simplex (HSV-1 y HSV-2) y las variedades de

Chlamydia trachomatis que causan el linfogranuloma venéreo (es una infección de transmisión sexual que afecta al sistema linfático)

Hoy en día, la importancia de las úlceras genitales está en su capacidad para aumentar, tanto la susceptibilidad de una persona no infectada al VIH durante una relación sexual con una persona infectada, como el aumentar la ineffectividad de una persona infectada por VIH con úlcera genital. Por ello, el manejo oportuno y apropiado de la enfermedad ulcerativa genital debe considerarse como una de las estrategias para el control de la epidemia del SIDA.

Las úlceras genitales pueden ser dolorosas (chancroide) o sin dolor (sífilis) y, con frecuencia, se acompañan de crecimiento de los ganglios de la ingle.

➤ **Síndrome de dolor abdominal bajo**

Cuando una mujer se presenta con dolor abdominal bajo, es importante descartar que se trate de alguna emergencia médica, debida a padecimientos como: obstrucción o perforación intestinal, apendicitis aguda, embarazo ectópico o un aborto séptico. Una vez excluidos estos diagnósticos, la causa más frecuente de dolor abdominal bajo en la mujer sexualmente activa, es la enfermedad pélvica inflamatoria



## **2.3 PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS**

### **2.3.1 Hipótesis general**

Las infecciones recurrentes y los estilos de vida inciden negativamente en la calidad de vida las mujeres embarazadas que asisten al hospital Sagrado Corazón de Jesús

### **2.3.2 Hipótesis específicas**

El desconocimiento de métodos de prevención para infecciones recurrentes incide para que ocurra el contagio de mujeres embarazadas que acuden al hospital Sagrado Corazón de Jesús

Los estilos de vida contribuyen a prevenir las infecciones recurrentes en las mujeres embarazadas que asisten al hospital Sagrado Corazón de Jesús.

### 2.3.2 Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Las infecciones recurrentes	Las infecciones son estados anormales en los cuales un germen o agente infeccioso invade el cuerpo y permanece en él provocándole algún tipo de daño.	Causales	Métodos de prevención	Planificación familiar Preservativos Fidelidad

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Calidad de vida de mujeres embarazadas	Calidad de vida es un concepto utilizado para evaluar el bienestar social general de individuos y sociedades	Salud preventiva	Buena alimentación Ejercicios Descanso	Peso ideal Exámenes constantes

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Los tipos de investigación a emplearse son: descriptivas y explicativas.

Descriptivas, por cuanto a través de la información obtenida se clasifica elementos y estructuras para caracterizar la realidad y, Explicativa, porque permite el análisis del fenómeno para su rectificación.

#### **3.1.2 UNIVERSO Y MUESTRA**

##### **➤ Universo**

De acuerdo a información proporcionada por el departamento de estadísticas del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo durante el primer semestre del 2012 ingresaron al hospital 2146 mujeres embarazadas, al cuales fueron consideradas como el universo total para la presente investigación.

##### **➤ Muestra**

Paradeterminar el tamaño de la muestra de los usuarios, consideramos el método aleatorio es decir que de 2146 mujeres con infecciones recurrentes reportadas en el hospital Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo, durante el primer semestre del 2012 se considero el 3% que constituye una muestra de 64 pacientes para objeto del estudio.

## **3.2 MÉTODOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

### **3.2.1 Métodos**

#### **Inductivo – Deductivo.**

La combinación de estos métodos nos permitirá hacer un análisis y síntesis precisa de las variables de estudio en relación a los contenidos, y la práctica profesional realizadas por los enfermeros del área de enfermería a fin de establecer conclusiones y recomendaciones que llevarán a la formulación de una propuesta de solución

#### **Hipotético-Deductivo.**

Este método facilita la interacción de las dos variables del proyecto llevándonos a plantear supuestos que deberán ser verificados para llegar a la solución del problema.

### **3.3.2. Técnicas**

- La técnica utilizada para la recopilación de información es la de la encuesta estructurada con preguntas cerradas para facilitar la manipulación de la información.

## **3.3 PROCEDIMIENTO**

- Orientaciones previas
- Selección del tema
- Aprobación del tema
- Selección de la bibliografía
- Delimitación del campo de investigación
- Recopilación de información (aplicación de encuestas)
- Análisis de información y selección de contenido
- Tabulación y procesamiento
- Redacción del borrador de la tesis
- Revisión del borrador
- Presentación y aprobación
- Sustentación

## CAPÍTULO IV

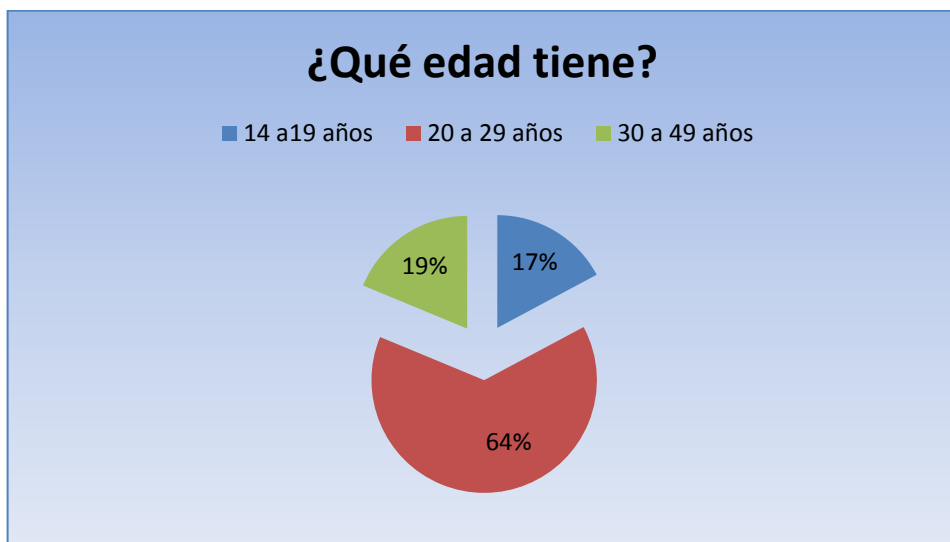
### 4.1 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

#### Pregunta 1

1. ¿Qué edad tiene usted?

14 a19 años	20 a 29 años	30 a 49 años	TOTAL
17,2%	64,1%	18,8%	100,0%

#### GRAFICACIÓN



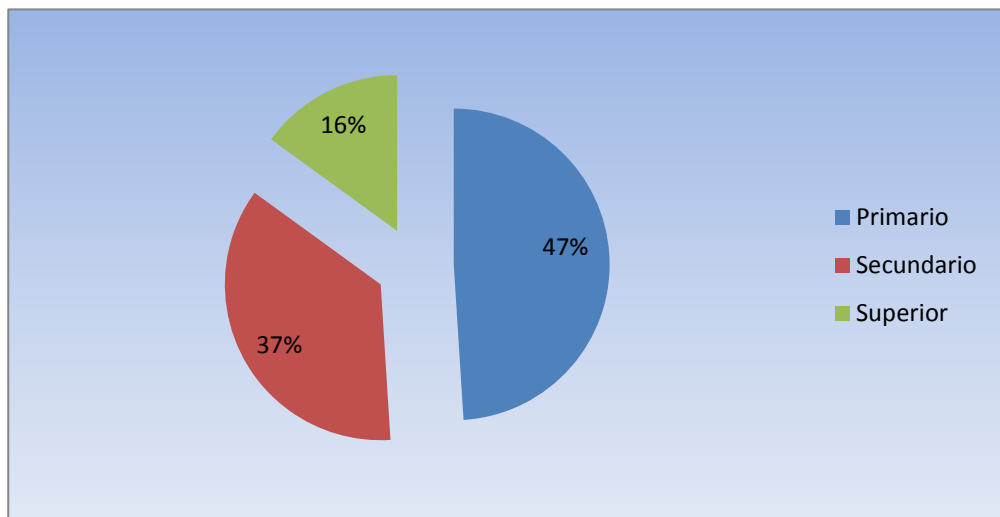
Fuente las autoras 2012.

**Análisis:** Para la pregunta numero 1se obtuvo que el 64% de las pacientes entrevistadas estuvieron en un rango de edad que va desde 20 a 29 años, el 19% en uno de 14 a 19 años y el 17% entre 30 y 49 años.

2. ¿Cuál es su grado de escolaridad?

Primario	Secundario	Superior
47%	37%	16%

**GRAFICACION**

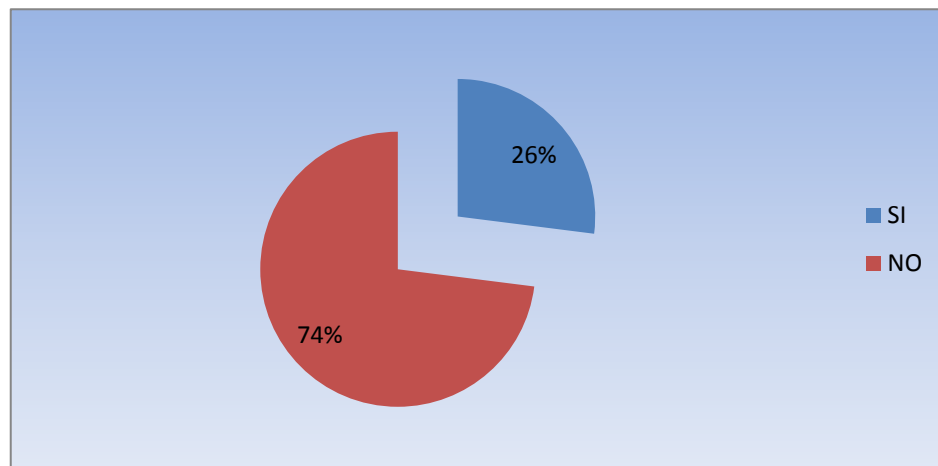


**Análisis:** El 49% de las Mujeres en edad fértil que acuden al hospital con infecciones recurrentes en el embarazo solo han terminado sus estudios primarios.

3. ¿Conoce usted sobre las infecciones recurrentes durante el embarazo?

SI	NO
26%	74%

### GRAFICACION

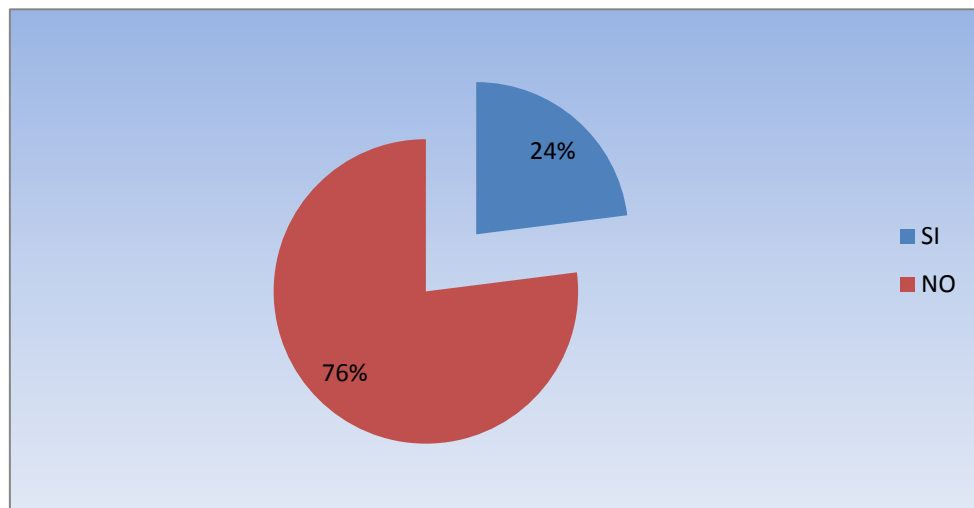


**Análisis:** El 73% de las pacientes en estado de embarazo que acuden al Hospital manifiestan no conocer sobre las infecciones recurrentes.

5 ¿Ha recibido usted, consejería y/o educación sobre infecciones cotidianas durante el embarazo por parte del personal de enfermería que labora en el hospital?

SI	NO
24%	76%

### GRAFICACIÓN



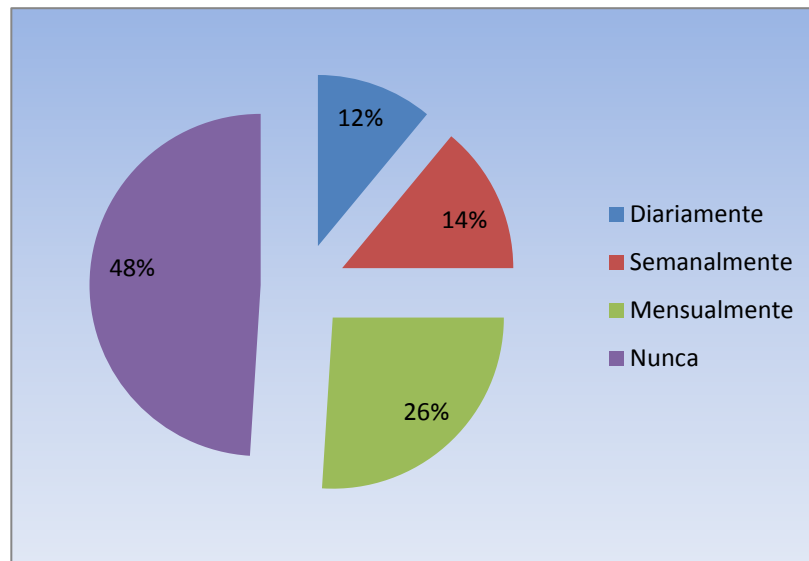
**Análisis:** El 77% de las Mujeres en edad fértil no haber recibido, consejería y/o educación sobre infecciones recurrentes por parte del personal de enfermería que labora en el hospital



6 ¿Cada qué tiempo se imparten charlas educativas en la sala de espera del hospital sobre Infecciones de Transmisión Sexual?

Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Nunca
12%	14%	26%	48%

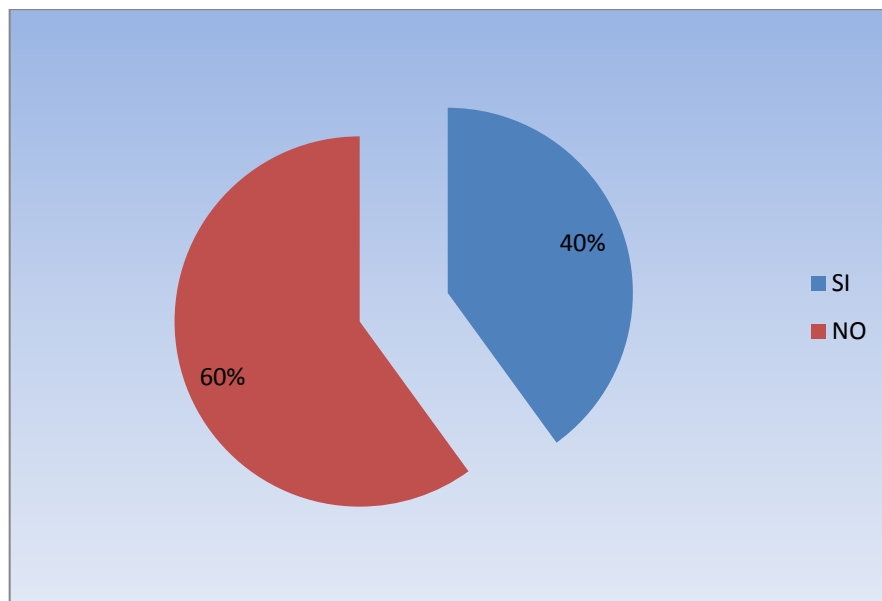
### GRAFICACION



**Análisis:** El 49% de las Mujeres en edad fértil con ITS manifiestan que nunca se imparten charlas educativas en la sala de espera del hospital.

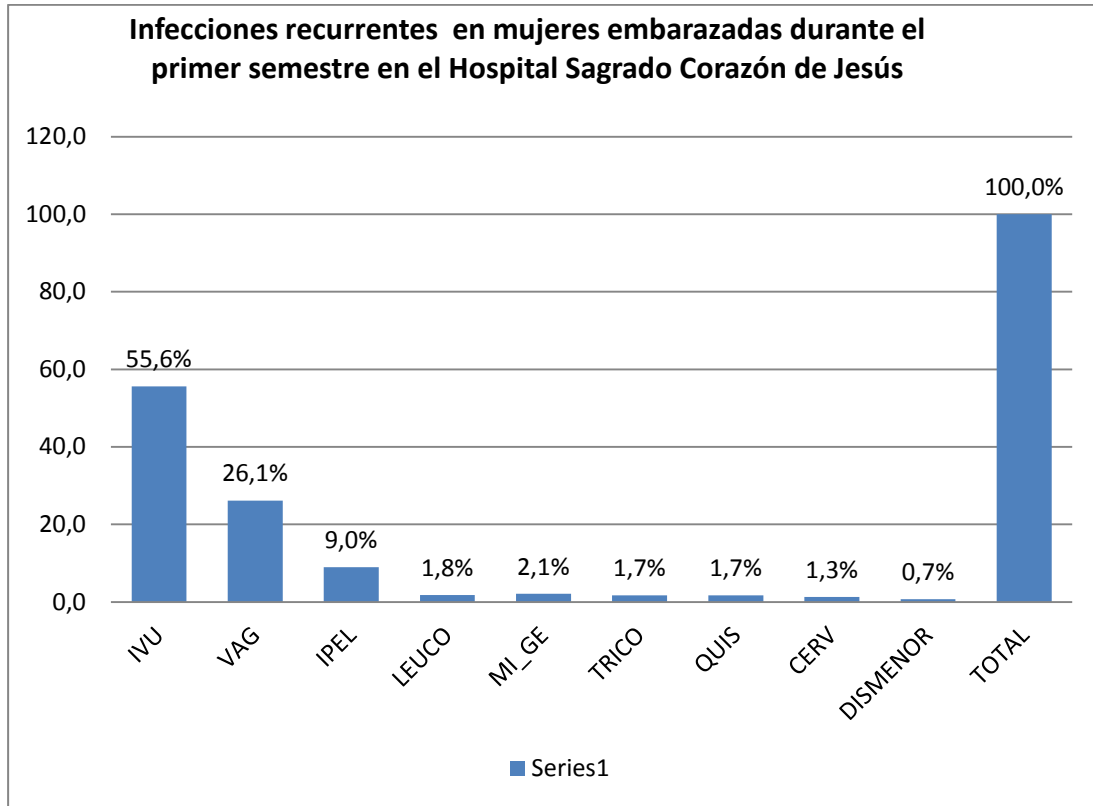
6. ¿Ingiere las 5 comidas básicas y esenciales recomendadas durante el embarazo?

SI	NO
40%	60%



**Análisis:** El 60% de las Mujeres manifestaron que no reciben las 5 comidas diarias y el 40% manifestaron que si las ingieren.

7: Indique: ¿Cuáles son las infecciones más recurrentes durante su proceso de embarazo?



<b>INFECCIONES</b>	<b>SIMBOLOGÍA</b>
Infecciones vías urinarias	IVU
Vaginitis	VAG
Inflamaciones pélvicas	IPEL
Leucorrea	LEUCO
Micosis genital	MI_GE
Tricomaniasis	TRICO
Quistes de Ovarios	QUIS
Cervicitis	CERV
Dismenorrea	DISMENOR

**Análisis:** De acuerdo a los resultados se indica que el 55,6% de mujeres embarazadas entrevistadas manifestaron que las infecciones urinarias se han presentado con más frecuencia en su proceso de embarazo.

## **4.2 Comprobación y discusión de hipótesis**

De acuerdo a la tabulación y al análisis de los resultados se demuestra que el tema de investigación “Infecciones recurrentes y la relación con los estilos de vida en las embarazadas que asisten al Hospital sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo en el primer semestre del 2012 presentaban las siguientes hipótesis.

### **2.3.1 Hipótesis general**

Las infecciones recurrentes y los estilos de vida inciden negativamente en la calidad de vida las mujeres embarazadas que asisten al hospital Sagrado Corazón de Jesús

### **2.3.2 Hipótesis específicas**

1. El desconocimiento de métodos de prevención para infecciones recurrentes incide para que ocurra el contagio de mujeres embarazadas que acuden al hospital Sagrado Corazón de Jesús.

Para esta hipótesis específica de acuerdo a los resultados podemos determinar que si existe un desconocimiento alto sobre infecciones recurrentes durante el proceso de embarazo por tanto esto incide en que ocurra con mayor frecuencia el contagio de mujeres embarazadas.

2. Los estilos de vida contribuyen a prevenir las infecciones recurrentes en las mujeres embarazadas que asisten al hospital Sagrado Corazón de Jesús.

De igual forma se confirma esta hipótesis ya que la gran mayoría de mujeres embarazadas no conservan un nivel de vida recomendable durante el proceso de embarazo, de manera especial la injerencia de alimentos recomendados.

Por tanto se aprueba la hipótesis general que las infecciones recurrentes y los estilos de vida inciden sobre la calidad de vida de las mujeres embarazadas.

### 4.3 Conclusiones

- Por otro lado la edad, el grado de escolaridad y el desconocimiento de las mujeres en edad fértil constituye un pilar importante en esta investigación, no le dan importancia a atención principalmente en lo preventivo.
- La falta de educación como charlas, consejería por quienes ofertan salud, específicamente el personal de enfermería contribuye a aumentar la incidencia y mantener a prevalencia de las infecciones recurrentes durante el proceso de embarazo en las mujeres que acuden a la consulta externa del hospital Sagrado Corazón de Jesús.
- Las infecciones más comunes son las infecciones en vías urinarias por lo que hay que tratar de atacar fuertemente este problema en las mujeres en proceso de gestación.
- Esta alternativa busca proponer una estrategia educativa de capacitación continua dirigida al personal de enfermería y a las mujeres en edad fértil que acuden al centro hospitalario de la ciudad de Quevedo.

## **5. PROPUESTA ALTERNATIVA**

Programa modelo de capacitación para las mujeres embarazadas que asisten al Hospital Sagrado Corazón de Jesús, que contribuya a la prevención y disminución de enfermedades infecciosas recurrentes.

### **5.1. PRESENTACIÓN**

Las infecciones en mujeres embarazadas son mucho más comunes de lo que parece, convirtiéndose así en uno de los problemas más difíciles de manejar durante el embarazo.

A continuación mediante la siguiente propuesta se pretende dar a conocer y prevenir con profundidad las infecciones que comúnmente se presentan durante el embarazo.

Estos antecedentes han motivado que las autoras del trabajo de investigación, pongan a consideración un programa modelo de capacitación para las mujeres embarazadas que asisten al Hospital Sagrado Corazón de Jesús, que contribuya a la prevención y disminución de enfermedades infecciosas recurrentes.

## **5.2. OBJETIVOS**

### **5.2.1. OBJETIVO GENERAL**

- Proponer un programa modelo de capacitación para las mujeres embarazadas que asisten al Hospital Sagrado Corazón de Jesús, que contribuya a la prevención y disminución de enfermedades infecciosas recurrentes

### **5.2.2. OBJETIVO ESPECIFICO**

- Coordinar acciones con el personal de enfermería del hospital para la ejecución de la propuesta.
- Determinar metodologías y técnicas apropiadas para la aplicación del programa modelo de capacitación para las mujeres embarazadas que asisten al Hospital Sagrado Corazón de Jesús, que contribuya a la prevención y disminución de enfermedades infecciosas recurrentes
- Determinar los recursos materiales, humanos y materiales a utilizar para la ejecución de la propuesta.
- Seleccionar temas para crear el cronograma de actividades de la propuesta.

### 5.3 Descripción de los aspectos Operativos de la Propuesta

Nombre de la Institución: **Hospital “Sagrado Corazón de Jesús”, Cantón: Quevedo**

Nombre del Proyecto: **Plan de Capacitación para mujeres embarazadas con infecciones recurrentes Año 2012**

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	PERIODO DE TIEMPO	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE
Coordinar acciones con el personal de enfermería del hospital para la ejecución de la propuesta.	Establecer una agenda de actividades para realizar y ejecutar el plan de capacitación.	1 semana	Recolección de información sustentable sobre la organización de la capacitación	Equipo de investigación
Determinar metodologías y técnicas apropiadas para la aplicación del programa modelo de capacitación para las mujeres embarazadas que asisten al Hospital Sagrado Corazón de Jesús, que contribuya a la prevención y disminución de enfermedades infecciosas recurrentes	Ejecución de talleres, charlas informativas.	2 semanas	Mujeres en estado fértil capacitadas en temas sobre infecciones recurrentes durante el embarazo.	Equipo de investigación
Determinar los recursos materiales, humanos y materiales a utilizar para la ejecución de la propuesta.	Estimar un presupuesto de actividades y sus costos.	1 semana	Actividades cuantificadas en \$.	Equipo de investigación Profesional de la salud



## **5.4. RECURSOS**

### **5.4.1. Recursos Humanos**

- Personal de enfermería del hospital Sagrado Corazón de Jesús.
- Mujeres en edad fértil que acuden a la consulta externa del hospital
- Equipo Gestor de la Investigación

### **5.4.2. Recursos Materiales**

- Audiovisuales
- Material informativo
- Manuales del MSP
- Libros
- Revistas
- Folletos
- Trípticos
- Afiches
- Plumas
- Papel bon

### 5.5 Cronograma y financiamiento

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>Recursos</b>	<b>Cronograma</b>	<b>Presupuesto</b>
Coordinar acciones con el personal de enfermería del hospital para la ejecución de la propuesta.	Diagnóstico de la situación actual	Agosto del 2012	200,00
Determinar metodologías y técnicas apropiadas para la aplicación del programa modelo de capacitación para las mujeres embarazadas que asisten al Hospital Sagrado Corazón de Jesús, que contribuya a la prevención y disminución de enfermedades infecciosas recurrentes	Profesional capacitado en temas de infecciones recurrentes	Septiembre del 2012	600,00
Determinar los recursos materiales, humanos y materiales a utilizar para la ejecución de la propuesta.	Material de oficina Equipos de impresión	Octubre del 2012	100,00
<b>Total</b>			<b>\$ 900,00</b>

## **5.6 CRONOGRAMA DE CHARLA EDUCATIVA**

### **CHARLAS EDUCATIVAS DIRIGIDA EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS.**

<b>RESPONSABLE</b>	<b>TEMAS</b>	<b>LUGAR</b>
<p>➤ Lcda. Líder de la consulta externa del hospital Sagrado Corazón de Jesús.</p>	<p>➤ ¿Cuáles son las infecciones recurrentes en mujeres embarazadas?</p> <p>➤ Cistitis</p> <p>➤ Clamidia</p> <p>➤ Herpes genital</p> <p>➤ Infección por VIH</p> <p>➤ Virus de Papiloma Humano</p> <p>➤ Hepatitis B</p> <p>➤ Candidiasis</p> <p>➤ Infecciones vías urinarias</p> <p>➤ Infecciones respiratorias</p>	<p>Sala de Espera</p> <p>Consulta externa del hospital Sagrado Corazón de Jesús.</p>

## VI. BIBLIOGRAFÍA

- A Alagnet, U A Beltrán, A. E Crespo 6.mrzñn. INFECCIONES URINARIAS EN EL EMBARAZO: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. Clinicasurologicas de la Complutense, 5, 203-208. Servicio (le Publicaciones, UCM, Madrid, 1997.
- Abarzúa CF, Zajer C, Donoso B, Belmar J, Riveros JP, González BP, Oyarzún E. Reevaluación de la sensibilidad antimicrobiana de patógenos urinarios en el embarazo. Rev Chil Obstet Ginecol. Pontificia Universidad Católica de Chile 2002. Disponible en: <http://www.scielo.cl/p>
- Germán Quiroga-Feuchter,<sup>1</sup> Rosa Evangelina Robles-Torres, Andrés Ruelas-Morán, Alejandro V. Gómez-Alcalá. BACTERIURIA ASINTOMÁTICA EN MUJERES EMBARAZADAS. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. Año 2007; Vol 45 N° 2: Pag. 169-172.
- Germán Quiroga-Feuchter,<sup>1</sup> Rosa Evangelina Robles-Torres, Andrés Ruelas-Morán, Alejandro V. Gómez-Alcalá. BACTERIURIA ASINTOMÁTICA EN MUJERES EMBARAZADAS. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. Año 2007; Vol 45 N° 2: Pag. 169-172.
- Hans Oppermann S. INFECCION URINARIA EN EL EMBARAZO TRATAMIENTOS ACORTADOS VS. TRATAMIENTOS PROLONGADOS TRADICIONALES. Fronteras en Obstetricia y Ginecología. Dic 2002; 2(2): pág.33
- INEC. 2012 disponible en <http://www.ecuadorencifras.com/cifras-inec/main.html>. Consultado el 23 de Septiembre del 2012.
- INFORMACIÓN TERAPÉUTICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. Vol. 29-N.º 2, Año 2005.

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Protocolo de la infección urinaria durante el embarazo. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2005. Disponible en: [http://www.msc.es/estadEstudios/publicaciones/docs/vol129\\_2InfecUrinariaEmbarazo.pdf](http://www.msc.es/estadEstudios/publicaciones/docs/vol129_2InfecUrinariaEmbarazo.pdf)

Yomayusa N, Altahona H. Infección de la vía urinaria inferior. Guías para manejo de urgencias. 2004. Disponible en: [http://www.fepafem.org.ve/Guias\\_de\\_Urgencias/Procesos\\_infecciosos/Infeccion\\_de\\_la\\_via\\_urinaria\\_inferior.pdf](http://www.fepafem.org.ve/Guias_de_Urgencias/Procesos_infecciosos/Infeccion_de_la_via_urinaria_inferior.pdf)

ANEXOS







