



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA**

**DIMENSIÓN PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE OBSTETRIZ**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

AMENAZA DE ABORTO POR INFECCIONES URINARIAS BACTERIANAS

AUTOR

Delia Mariana Paucar Paucar

TUTOR

OBST. LILIAN MUÑOZ

Babahoyo -Los Ríos -Ecuador

2020

ÍNDICE

Contenido

TEMA	I
RESUMEN	II
INTRODUCCION	IV
I. MARCO TEÓRICO	1
1.1 JUSTIFICACION	19
1.2 OBJETIVOS	19
1.2.1 Objetivo general.	19
1.2.2 Objetivo específico.	19
1.3 DATOS GENERALES	20
II. METODOLOGIA DE DIAGNÓSTICO	21
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.	21
2.2 Principales datos clínicos que refieren el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)	22
2.3 Examen físico (exploración clínica)	22
2.4 Información de exámenes complementarios realizados	24
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.	26
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.	26
CONDUCTA A SEGUIR	26
Conducta relacionada con el problema	26
2.6 Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	27
2.7 Seguimiento	28
2.8 observaciones	30
CONCLUSIONES	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
(GPC), G. d. (2013). Infección de vías urinarias en el embarazo . Quito: Dirección Nacional de Normatización.	32

TEMA

AMENAZA DE ABORTO POR INFECCIONES URINARIAS BACTERIANAS

RESUMEN

La presencia de dolor pélvico de leve a moderada intensidad que se da en el transcurso del embarazo son asociadas a la amenaza de aborto por infecciones urinarias bacterianas en gestantes, esto conlleva un cambio en los hábitos personales, familiares u ocupacionales.

La forma más frecuente de esta patología conocida como amenaza de aborto por infecciones urinarias. En nuestro país aproximadamente de 5% a un 10% de gestantes suelen requerir manejo a nivel hospitalario. En el presente estudio se expone el caso clínico de la paciente de 35 años la cual acude al servicio de emergencia de ginecología que desde horas de la mañana presenta dolor pélvico de leve a moderada intensidad y hace más o menos 40 minutos evidencia salida de sangre roja transvaginal con presencia de coagulo de más o menos 3 cm de diámetro.

La paciente es ingresada al servicio de ginecología donde se solicita ecografía obstétrica la cual reporta embarazo de 19.1 semanas de gestación más estándares de crecimiento fetal adecuados. Además exámenes complementarios dentro de los cuales se pide biometría hemática, uroanálisis, alguno de los cuales refleja valores alterados. Se inicia hidratación endovenosa y reposo absoluto de la gestante. Es importante manejar de la manera más adecuada todos estos signos y síntomas ya que se podrían complicar provocando un aborto espontáneo.

PALABRA CLAVE.- Aborto Bacteriuria Pielonefritis Hematuria Cistouretritis

ABSTRACT

The presence of mild to moderate intensity pelvic pain that occurs during the course of pregnancy is associated with the threat of abortion due to bacterial urinary infections in pregnant women, this leads to a change in personal, family or occupational habits.

The most common form of this pathology known as threatened abortion due to urinary tract infections. In our country, approximately 5% to 10% of pregnant women usually require management at the hospital level. In this study, the clinical case of a 35-year-old patient is exposed, who attends the gynecology emergency service who has been presenting since morning hours. Pelvic pain of mild to moderate intensity and about 40 minutes ago evidence of transvaginal red blood leakage with the presence of a clot of more or less 3 cm in diameter.

The patient is admitted to the gynecology service where an obstetric ultrasound is requested, which reports a pregnancy of 19.1 weeks of gestation plus adequate fetal growth standards. In addition, complementary exams within which hematic biometry, urinalysis are requested, some of which reflect altered values. Intravenous hydration and complete rest of the pregnant woman are started. It is important to manage all these signs and symptoms in the most appropriate way since they could be complicated by causing a spontaneous abortion.

KEY WORD. - Abortion Bacteriuria Pyelonephritis Hematuria Cystourethritis

INTRODUCCION

Las infecciones de vías urinarias constituyen una de las complicaciones infecciosas más habituales del embarazo y son responsables de un importante porcentaje de morbimortalidad tanto materna como perinatal, especialmente en los lugares de escasos recursos. (MSP, 2012)

Las mujeres embarazadas desarrollan de manera fácil infecciones de vías urinarias debido a cambios funcionales, hormonales y anatómicos, además de la localización del meato uretral expuesta a bacterias uropatógenas y de vagina que accede al tracto urinario *Escherichia coli* es el patógeno más frecuentemente aislado en infecciones de vías urinarias durante el embarazo. MSP. (2012) Afirma: “El tratamiento adecuado de las infecciones de vías urinarias bajas requiere de un adecuado análisis de las resistencias bacterianas locales a los antibióticos, ya que ésta es la principal causa de falla terapéutica” se presentan los principales puntos de diagnóstico, evaluación y tratamiento de las infecciones de vías urinarias en el embarazo en sus tres presentaciones: bacteriuria asintomática, cistitis aguda y pielonefritis.

La infección urinaria es una de las complicaciones médicas más frecuentes del embarazo, únicamente superada por la anemia y la cervicovaginitis; si no es diagnosticada y adecuadamente tratada, puede llevar a un incremento significativo en la morbilidad en la madre y en el feto. (Estrada-Altamirano, 2010)

Diversos factores predisponen a la mujer embarazada a una mayor frecuencia de infecciones urinarias; entre los principales tenemos: hidronefrosis fisiológica durante la gestación, uretra corta, cambios vesicales que predisponen al reflujo vesicoureteral, estasis urinaria y cambios fisicoquímicos de la orina. (2010) Afirma: “La compresión de los uréteres por el útero grávido y las venas ováricas lleva a la dilatación progresiva de los cálices, la pelvis renal y los uréteres, cambios que comienzan a finales del primer trimestre y progresan a lo largo de toda la gestación.” Por otra parte, las influencias hormonales y la acción de las prostaglandinas juegan un papel significativo en la disminución del tono de la musculatura uretral y vesical, así como en la peristalsis de los uréteres. Estos

fenómenos en su conjunto llevan a la estasis urinaria, la que representa un factor decisivo para el desarrollo de infección.

I. MARCO TEÓRICO

DEFINICION

La Infección de Vías Urinarias es la existencia de gérmenes patógenos en la orina por infección de la vejiga o el riñón. (MSP, 2012) Afirma: “Los síntomas que acompañan a una infección de orina varían de acuerdo al sitio de la infección, pero también pueden ser asintomáticas. Se clasifica de acuerdo al sitio de proliferación de las bacterias en: bacteriuria asintomática, cistitis, pielonefritis” (MSP, 2012) .

La infección urinaria es una entidad clínica que se asocia frecuentemente al embarazo; las variantes clínicas son la bacteriuria asintomática, la cistouretritis y la pielonefritis. (Estrada-Altamirano, 2010) Afirma: “La bacteriuria asintomática reviste gran importancia: primero por carecer de sintomatología, en seguida por evolucionar si no es diagnosticada y tratada adecuadamente, hacia una cistouretritis o una pielonefritis, reportándose frecuencias de 30% en promedio en ambas entidades.”

. Las infecciones del tracto urinario forman parte de una de las complicaciones más frecuentes de la gestación después de la anemia del embarazo, y su importancia radica en que pueden afectar tanto en salud materna y perinatal, como en la evolución del embarazo

Bacteriuria Asintomática Se define con la presencia de bacterias en orina detectadas por urocultivo (más de 100.000 unidades formadoras de colonias/mL sin síntomas típicos de infección aguda del tracto urinario.

Cistitis Aguda Es la infección bacteriana del tracto urinario bajo que se acompaña de los siguientes signos y síntomas: urgencia, frecuencia, disuria, piuria y hematuria; sin evidencia de afección sistémica.

Pielonefritis Aguda Es la infección de la vía excretora urinaria alta y del parénquima renal de uno o ambos riñones que se acompaña de fiebre, escalofrío, malestar general, dolor costovertebral y, en ocasiones, náusea, vómito y deshidratación (MSP G. d., 2013).

La OMS menciona que la infección urinaria en el embarazo es un proceso infeccioso que resulta de la invasión y desarrollo de bacterias en el tracto urinario que pueden traer consigo repercusiones maternas y fetales.

Amenaza de aborto es una metrorragia de primer trimestre es una amenaza de aborto mientras no se demuestre lo contrario

Clínica.- Sangrado de ligera o escasa intensidad o contracciones uterinas más o menos dolorosas o ambos síntomas a la vez (J.Lombardia.M.Fernandez, 2007).

ETIOLOGIA

Las infecciones urinarias son consideradas como un problema (Cabero Roura, 2013) Afirma: "El Echeriche coli .Es el germen más habitual en los urucultivos de la paciente la incidencia oxila el 75 a 90 % también entran Proteus de 3,5% y klebsiellad 1.7 a 6 %.

El urocultivo podría traducir la contaminación de la muestra de orina por un germen vaginal y es responsable de las infecciones urinarias en el embarazo"

La amenaza de aborto es la presencia de hemorragia de origen intrauterino antes de la vigésima semana completa de gestación, con o sin contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsión de los productos de la concepción. Además el ultrasonido debe revelar que el feto muestra signos de vida latido cardíaco o movimiento. (Gonzalez Rivera, 2011)

Aquí está en riesgo el embarazo que aún no es viable, pero la gestación continua. Es un estado que sugiere que se podría presentar un aborto espontáneo. Una amenaza de aborto es una situación en la que se presenta un sangrado vaginal, generalmente escaso, durante las primeras 20 semanas de la gestación. Suele acompañarse de dolor en la espalda y en la parte baja del abdomen. En la mayoría de las ocasiones el sangrado vaginal se detiene solo y el embarazo prosigue su curso; sin embargo, otras veces la amenaza progresa hacia un aborto espontáneo. (Gonzalez Rivera, 2011)

SIGNOS Y SINTOMAS

Los síntomas de una amenaza de aborto abarcan:

SINTOMAS	
❖ Amenorrea secundaria	❖ Prueba de embarazo
❖ Presencia de vitalidad fetal	❖ Cólicos abdominales con o sin sangrado vaginal
❖ Volumen uterino acorde con amenorrea	❖ Sangrado vaginal durante las primeras 20 semanas de embarazo (el último período menstrual se presentó hace menos de 20 semanas)
❖ Sangrado vaginal	❖ Cólicos abdominales
❖ Dolor lumbar:	❖

Tabla 1 signos y síntomas de amenaza de aborto

FUENTE.- (Gonzalez Rivera, 2011)

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

FACTORES DE RIESGO

- ❖ Edad materna ≥ 34 años
- ❖ Edad paterna ≥ 41 años
- ❖ Niveles bajos de progesterona
- ❖ Índice de masa corporal elevado de la madre • Historia previa de amenaza de aborto o 3 o más abortos
- ❖ Paciente múltipara

CRONICA	AGUDA	FISICAS	EXOGENAS
DM-1 descompensada	Infecciones	Congénitas	Alcohol
HTA	Traumatismos	Adquiridas	Tabaco
Enfermedad renal		Incompetencia ístmico-cervical	Cocaína
Sd anti fosfolípidos			Radiaciones
Lupus			
Enfermedad tiroidea			

Tabla 2 Factores de riesgo de amenaza de aborto

FUENTE.- (Gonzalez Rivera, 2011)

Los riesgos de la amenaza de aborto son más altos en:

- ❖ Mujeres mayores de 35 años • Mujeres con antecedentes de tres o más abortos espontáneos
- ❖ Mujeres con enfermedad sistémica (como la diabetes o la disfunción tiroidea)

DIAGNOSTICO

En todo cuadro clínico de amenaza de aborto es indispensable realizar: historia clínica y examen físico completo, considerando la hemorragia (generalmente ligera o discreta), dolor lumbopélvico de leve intensidad, con persistencia de síntomas del embarazo y cérvix cerrado, con o sin contracciones uterinas.

FUENTE.- (Gonzalez Rivera, 2011)

Se lo establece básicamente por la clínica pero para ello primero se deberá constatar La presencia de signos y síntomas de una amenaza de aborto, son factores que causan ansiedad y estrés en la mujer gestante, acerca del

crecimiento de la gestación. El médico realiza diagnóstico para considerar de que una amenaza de aborto, se fundamenta en la historia de sangrado transvaginal en las primeras etapas del embarazo, en presencia de un cérvix cerrado, con o sin contracciones uterinas en la gestante.

- ❖ Amenorrea secundaria
- ❖ Prueba de embarazo positiva
- ❖ Presencia de vitalidad fetal
- ❖ Hemorragia de variable magnitud durante las primeras 20 semanas de gestación
- ❖ Dolor tipo cólico en hipogastrio de magnitud variable
- ❖ Volumen uterino acorde con amenorrea, sin dilatación ni modificaciones cervicales.

La presencia de un hematoma intrauterino subcoriónico durante el primer trimestre del embarazo, aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas severas, independientemente de los síntomas propios de la amenaza de aborto

La demostración de actividad cardíaca fetal generalmente se asocia a un embarazo exitoso.

FUENTE.- (Gonzalez Rivera, 2011)

TRATAMIENTO

La actitud debe ser expectante, a la espera de dilatación cervical o evidencia ecográfica de aborto fallido. Si se establece el diagnóstico de amenaza de aborto, casi siempre se recomienda reposo en cama y reposo pélvico.

- ❖ Identificar causas posibles
- ❖ Descartar patología infecciosa
- ❖ Confirmar viabilidad fetal
- ❖ Medidas seriadas de b-GCH cada 2 a 3 días
- ❖ Seguimiento ecográfico transvaginal semanal
- ❖ Uso de analgésicos
- ❖ Antiespasmódicos (butilioscina)

- ❖ Progesterona natural 200 a 400 mg cada 12 horas hasta la semana 12 de gestación, en caso de insuficiencia de cuerpo lúteo
- ❖ Prescripción de antibióticos en caso necesario infección de vías urinarias y vaginal
- ❖ Solicitar hemoclasificación.

FUENTE.- (GPC, 2015)

Tratamiento ambulatorio en formas leves o moderadas

Dieta:

- ❖ Dieta blanda por 24 horas
- ❖ Ensaladas de frutas
- ❖ Fruta fresca, Verduras. Leche.
- ❖ Pan integral.
- ❖ Yogur.
- ❖ Tomar mucha agua

FARMACOLOGICO

- ❖ Uso de analgésicos
- ❖ Antiespasmódicos ,butilioscina,
- ❖ Progesterona natural 200 a 400 mg cada 12 horas
- ❖ Antibióticos en caso necesario infección de vías urinarias y vaginal
- ❖ Solicitar hemoclasificación

Las pacientes que presentan amenaza de aborto clínicamente estable, pueden darse de alta con seguridad a casa con un seguimiento cercano. Estas pacientes pueden requerir monitorización seriada de los niveles séricos de b-GCH o una ecografía de seguimiento se debe realizar para determinar la vitalidad del producto si el estado de su embarazo tiene que ser reevaluado si los síntomas del sangrado vaginal aumentan o se repiten.

- ❖ Se recomienda el reposo absoluto hasta 48 horas tras el cese del sangrado,
- ❖ Complementar con ácido fólico.

- ❖ El tratamiento hormonal con la administración 17 α -hidroxiprogesterona después de la semana 12.

Tratamiento hospitalario en formas graves

- ❖ Reposo absoluto
- ❖ Dieta blanda
- ❖ Ecografía obstétrica para constatar la vitalidad del producto
- ❖ Control de signos vitales en cada turno y valoración de peso

Farmacológicos

Hidratación y electrolitos

- ❖ La administración de fluidos y electrolitos en sala de hospitalización y continúa con antibioticoterapia. Para mejorar los signos y síntomas de amenaza de aborto
- ❖ Cloruro de sodio 0,9% 1000 ml pasar a 30 gotas/minuto por 24 horas
- ❖ Progesterona 100 mg vo cada 12 horas
- ❖ Ampicilina 1 gramo iv cada 8 horas
- ❖ Metronidazol 500 mg vo cada 6 horas
- ❖ Clotrimazol 1 ovulo intavaginal diario vigilar signos de alarma.

Antiespasmódicos

Los antiespasmódicos actúan básicamente a través de dos mecanismos farmacológicos: acción bloqueante sobre receptores colinérgicos muscarínicos (M) y acción directa sobre el músculo liso, fundamentalmente por modulación de la entrada/salida de calcio de las células musculares lisas.

- ❖ **BUTILHIOSCINA.**- Cada tableta contiene 10 mg de butilhioscina y 500 mg de paracetamol. La butilhioscina ayuda a calmar los retortijones a partir de los 15 minutos ya que actúa desde la raíz y el paracetamol ayuda a aliviar el dolor de panza.

ECOGRAFIAS

- ❖ La ecografía es primordial que nos ayuda a establecer la presencia de embarazo y descartar otras causas de hemorragia como el embarazo ectópico o molar, además también ayuda a diferenciar entre un embarazo intrauterino viable y uno no viable, por lo que ha sido propuesto como un predictor en el desenlace de la amenaza de aborto.
- ❖ La ecografía obstétrica consiste en la visualización del embrión o feto dentro del útero materno. Se trata de un método de diagnóstico dispensable durante el embarazo.

LAS COMPLICACIONES:

- ❖ Anemia derivada de una pérdida de sangre de moderada o grave, lo cual ocasionalmente requiere una transfusión sanguínea inmediata.
- ❖ Infección.
- ❖ Aborto espontáneo.
- ❖ El médico se asegurará de que se presenten no se deban a un embarazo ectópico, una complicación potencialmente mortal.

INFECCION DE TRACTO URINARIO EN EL EMBARAZO

Definición

La Infección de Vías Urinarias es la existencia de gérmenes patógenos en la orina por infección de la vejiga o el riñón. Los síntomas que acompañan a una infección de orina varían de acuerdo al sitio de la infección, pero también pueden ser asintomáticas. Se clasifica de acuerdo al sitio de proliferación de las bacterias en: bacteriuria asintomática, cistitis, pielonefritis.

Durante el embarazo existen cambios fisiológicos que aumentan el riesgo de infecciones de vías urinarias. Dilatación uretral secundaria a la acción de progesterona y compresión uterina. Reflujo vesicoureteral. Estasis vesical.

Aumento del filtrado glomerular con glucosuria, amnioaciduria con elevación del pH urinario. Infecciones del tracto urinario bajo: Colonización bacteriana a nivel de uretra y vejiga que normalmente se asocia a la presencia de síntomas y signos urinarios, como urgencia, disuria, polaquiuria, turbidez y olor fétido de la orina. Incluye.

- ❖ **Bacteriuria asintomática:** Colonización de la orina por un mismo germen generalmente mayor que 100 000 UFC//mL de orina en dos o más muestras y no presentan síntomas urinarios.
- ❖ **Cistitis aguda:** Infección bacteriana de la vejiga. Es ocasionada por gérmenes, por lo regular bacterias que entran a la uretra y luego a la vejiga.
- ❖ **Cistouretritis aguda:** Es una infección del tracto urinario que se caracteriza por disuria, polaquiuria y en ocasiones tenesmo vesical. Se acompaña de bacteriuria entre 10² y 10⁵ colonias/mL de orina.

FUENTE.- (MSP, 2013)

FACTORES DE RIESGO

El factor de riesgo más considerable de las infecciones de vías urinarias es el embarazo. Un 5 a 10 % de todas las gestantes presentan una infección urinaria baja. Factores de riesgo relacionados con infección de vías urinarias.

- ❖ Diabetes Mellitos
- ❖ Insuficiencia renal.
- ❖ Bacteriuria asintomática.
- ❖ Historia de IVU a repetición.
- ❖ Litiasis renal
- ❖ Reflujo vesico uretral.
- ❖ Nivel socioeconómico bajo
- ❖ Multiparidad

FUENTE.- (Ginecología, Lopez, Cobos, & Palacios, 2017)

MICROBIOLOGIA

Bacilos gramnegativos. Echerichea coli precedente de la flora entero bacteriana es el microorganismo más habitual causante de la mayor parte de esta infecciones 80-90% de los casos. Le sigue Proteus mirabilis, klebsiella pneumoniae. Cocos Gram positivos. Enterococcus sp. Enterococcus saprophyticus, estreptococo agalactiae .a mayor edad gestacional mayor probabilidad de gran positivos.

Vías de diseminación de infecciones urinarias

La bacteria puede invadir el aparato urinario y causar infecciones urinarias por dos vías

Vías ascendente.- Esta vía es la más frecuente en mujeres ya que para que produzca una infección de vía ascendente la bacterias gram negativas entéricas y otros microorganismo que proceden del aparato gastrointestinal y se colonizar en la cavidad vaginal, la región peri uretral o ambos.

Una vez que este microorganismo entra en la vejiga pueden aumentarse y luego pasarse a la vía de uréteres y luego hacia el riñón.

Vía hemática.- transmisión sanguínea la desimanación hemática es el resultado de una bacteriemia

La infección sistémica puede diseminarse al riñón por ciertos microorganismos staphylococcus aureus o más especies de salmonella

Vía linfática. La posible infecciones bacterianas a lo largo de conductos biliares.

FUENTE.- (Fortes.Sahm.Weissfela, 2014)

TIPOS DE INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS

Bacteria asintomática. La bacteriuria asintomática ocurre en el 2% al 10% de los embarazos y, si no se trata, hasta el 30% de las gestantes desarrollarán pielonefritis aguda.

Es necesario recoger asépticamente la orina central de la micción y preparar un cultivo inmediato. La bacteriuria asintomática se ha asociado con bajo peso al nacer y parto prematuro

Si se detecta dos especímenes sucesivos el diagnóstico será correcto de 99 a 100 de los casos

Aunque no se comprende como esta afirmación actúa produciendo alteraciones patológicas en el embarazo pero los estudios han demostrado que ocasiona la prematuridad, la anemia, la hipertensión esencial de la gestante y muy especialmente como la pielonifritis.

FUENTE.- (Botella, A, & Cabero nuñez, 2013)

Cistitis aguda

Es el síndrome caracterizado por una clínica de urgencia miccional, polaquiuria disurias y dolor supra púlica en ausencia de síntomas de afección sistémica fiebre y dolor lumbar. Aparece en 1.3 % de las gestaciones. La mayoría de cistitis aguda se presenta en el embarazo.

Pielonifrites aguda.-

Según Kass que el 40% de las gestantes bacteriuricos desarrollas un pieloneflites aguda al final de la gestación en el pre o bien en el posparto.

En aquellas gestantes con bacteria asintomática en las que se detecta un aumento nivel urinarios de citosina pro inflamatoria de IL-6 posparto que a su vez se relaciona con un descenso de la capacidad de concentración renal.

La pielonefritis aguda tiene presentación clínica la más frecuente en la gestación se trate de un cuadro grave de infecciones agudas temperatura elevada, escalofrió, dolor de los franco, orina turbia, polaquiuria, disuria, escasor miccional, el dolor puede ser uní o bilateral.

FUENTE.- (Dalet & Del Rio , 1998)

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Ante la presencia de alguno de estos síntomas, es fundamental que la gestante acudas lo antes posible a un especialista. Para recibir un tratamiento con antibióticos que sea seguro tanto para la madre como para el feto.

SIGNOS Y SINTOMAS	
❖ Temperatura elevada,	❖ Orina turbia
❖ Escalofrió,	❖ Polaquiuria,
❖ Ecasor miccional,	❖ El dolor puede ser uní o bilateral.
❖ Dolor de los franco	❖ Disuria

Signos y síntomas de infección urinarias en gestantes

FUENTE.- (Dalet & Del Rio , 1998)

DIAGNÓSTICO

Ante las primeras visitas prenatales, es mejor el tamizaje de infección de vías urinarias, ya que la mayoría de las mujeres estarán asintomáticas inicialmente. Siendo el diagnóstico preciso de infección de vías urinarias la base del tratamiento, se deben tomar en consideración las siguientes recomendaciones basadas en evidencia:

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

La Bacteriuria Asintomática sin tratamiento aumenta al desarrollo de pielonefritis en 20% a 40% de los casos (1++).

- ❖ La Bacteriuria Asintomática sin tratamiento se asocia con ruptura prematura de membranas, parto pretérmino y productos con bajo peso al nacer. A 1++/2+ El urocultivo es la muestra de elección más adecuada y más práctica para el diagnóstico de Bacteriuria Asintomática, el cual se constituye con el aislamiento de más de 100.000 unidades formadoras de colonias/mL de un solo germen.
- ❖ Se acepta la detección en una sola muestra obtenida del chorro medio de orina, para el diagnóstico de Bacteriuria Asintomática. Solicitar el urocultivo para el tamizaje de Bacteriuria Asintomática en la semana 12–16 de gestación o en la primera consulta prenatal, en caso de que la paciente acuda por primera vez a control prenatal luego de la fecha recomendada.
- ❖ Aunque aún no se conoce el momento óptimo para realizar el urocultivo, ni la frecuencia; 20 obtenido en las semanas 12-16 de gestación, detectará aproximadamente 80% de las pacientes con bacteriuria asintomática.

FUENTE.- (MSP G. d., 2013)

TRATAMIENTO

Consejos para tratar la infección de orina

- ❖ Bebe dos litros de agua diarios (unos 8-9 vasos).
- ❖ Orina con frecuencia.
- ❖ Después de defecar, límpiate siempre de delante hacia atrás. Así, los restos fecales no entrarán en la uretra.
- ❖ No te sientes con un traje de baño mojado durante mucho tiempo.
- ❖ Acude al médico ante la aparición de los primeros síntomas.
- ❖ Bebe un vaso de agua antes del acto sexual y orina al finalizar.
- ❖ Utiliza ropa interior de algodón y evita las prendas sintéticas y demasiado ajustadas.

FARMACOLOGICO

El tratamiento con antibiótico para la bacteriuria asintomática durante el embarazo solo está indicado al comienzo del segundo trimestre del embarazo (12-16 semanas) y la elección del antibiótico se hará según el resultado del antibiograma.

- ❖ La cefalexina la más utilizada a dosis de 500 mg cada 6 horas por 7 a 10 días. Otras opciones terapéuticas utilizadas con muy buen resultado son
- ❖ La nitrofurantoína (con contraindicación en el tercer trimestre) a dosis de 100 mg cada 12 horas por 7 días y
- ❖ Amoxicilina con ácido clavulánico a dosis de 500 mg cada 8 horas igualmente por 7 días.
- ❖ Se han descrito tratamientos con monodosis de cefalexina 2 gr, nitrofurantoína 200 mg o amoxicilina 3gr.

Nitrofuranos

La seguridad de los nitrofuranos, a pesar del riesgo de toxicidad fetal considerado como bajo, permite ser de elección para el tratamiento de Bacteriuria Asintomática y de infecciones del tracto urinario bajo en el embarazo. La nitrofurantoína (con contraindicación en el tercer trimestre) a dosis de 100 mg cada 12 horas por 7 días.

FUENTE.- (MSP, 2012)

Tratamiento hospitalario en forma grave

Cuidado en la unidad ginecológica

- ❖ Se pasa a la paciente a la sala de hospitalización
- ❖ Reposo absoluto

- ❖ Dieta líquida
- ❖ Control de score mama

FARMACOLOGICOS

La administración de fluidos y electrolitos en caso de no tolerar la vía oral se iniciara la intravenosa. Previa toma de muestra para urocultivo, se inicia tratamiento con uno de los siguientes antibióticos según evidencia de farmacoresistencia local en Ecuador:

- ❖ Solucion salina 1000ml parasar 30 gotas en 24 horas
- ❖ Nitrofurantoína liberación retardada 100 mg cada 12 horas (no sobre 37 semanas), o
- ❖ Nitrofurantoína 50 – 100 mg cada 6 horas (no sobre 37 semanas), o
- ❖ Fosfomicina 3 g. VO dosis única, o
- ❖ Fosfomicina 500 mg. VO cada 8 horas, o
- ❖ Cefalosporinas de segunda generación 250-500 mg VO cada 6 horas.

FUENTE.- (MSP, 2012)

NUTRICION

La gestante necesita consumir una dieta saludable y equilibrada para que su cuerpo obtenga los nutrientes que necesita. Los nutrientes son sustancias en los alimentos que el cuerpo necesita para poder funcionar y crecer. Cuando está embarazada, la nutrición es más importante.

Estos incluyen.

- ❖ Proteínas,
- ❖ Carbohidratos,
- ❖ Grasas,

- ❖ Vitaminas,
- ❖ Minerales y
- ❖ El agua.

Necesita una mayor cantidad de muchos nutrientes importantes que antes del embarazo. Preferir alimentos saludables a diario le ayudará a darle a su bebé lo que necesita para desarrollarse. También ayudará para que la embarazada gane la cantidad adecuada de peso. Se recomienda el consumo de abundantes líquidos (>2 litros/día).

Arándanos

Métodos alternativos como el consumo de jugo de cranberry y lactobacilos prebióticos pueden contribuir pero no son suficientes para prevenir infección de vías urinarias recurrentes. Hay evidencia de que el jugo de arándano puede disminuir el número de infección de vías urinarias sintomáticas en un período de 12 meses, sobre todo en infección de vías urinarias recurrentes; sin embargo, aún no está claro ni la dosis ni el método de administración.

La hidratación.- Es otra necesidad nutricional especial durante la gestación. Cuando está embarazada, el cuerpo necesita más agua para mantenerse tanto la embarazada como su bebé hidratado. Por eso es importante tomar suficientes líquidos todos los días. Lo ideal es de 2 litros de agua en 24 horas

Proteínas.- Debe consumir la gestante el 10% para el desarrollo saludable del feto como yogur, leche, carne roja, mote, queso, habas.

Calcio y vitamina D.- La gestante debe consumir de 1.5 a 2 g cada día para prevenir la preclamsia.

Hierro.- La embarazada debe consumir porque es vital para el desarrollo y crecimiento del feto.

FUENTE.- (MSP, 2014)

COMPLICACIONES

Las complicaciones que pueden manifestarse en las infecciones graves son la

- ❖ Sepsis (infección generalizada con fallas en múltiples órganos),
- ❖ La amenaza de parto pretérmino,
- ❖ El parto pretérmino,
- ❖ La alteración de la función de los riñones, etc.
- ❖ La infección severa, pielonefritis, tiene un 25% de chances de volver a aparecer una vez tratada...

PRONOSTICO

Materno fetal.- La infección urinaria en gestantes es una enfermedad no complicada raramente progresan a enfermedad severa si se realiza un diagnóstico y tratamiento adecuado es de buen pronóstico El pronóstico de las infección de vías urinaria en gestantes con el tratamiento adecuado es muy favorable para la madre y el feto.

FUNDAMENTO LEGAL

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

LEY ORGÁNICA DE LA SALUD

Art. 4.- La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.

Art. 196.- La autoridad sanitaria nacional analizará los distintos aspectos relacionados con la formación de recursos humanos en salud, teniendo en cuenta las necesidades nacionales y locales, con la finalidad de promover entre las instituciones formadoras de recursos humanos en salud, reformas en los planes y programas de formación y capacitación.

Plan Nacional del Buen Vivir

Objetivo 3 establece:

Mejorar la calidad de vida de la población”, donde se plantea a la salud desde una mirada intersectorial que busca garantizar condiciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades mediante el adecuado fortalecimiento de las capacidades de las personas para el mejoramiento de su calidad de vida. Para lograr este objetivo, el Ministerio de Salud Pública ha impulsado la transformación estructural del sector salud mediante la implementación del

Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural – MAIS – Modelo se caracteriza por buscar la integralidad, calidad, equidad, y accesibilidad de los servicios de salud para dar respuesta a las demandas diferenciadas de mujeres y hombres en todo su ciclo de vida, considerando su diversidad étnica-cultural, sexo-genérica, de procedencia geográfica, de discapacidad y movilidad humana.

En este marco, brindar atención integral en Salud Sexual y Salud Reproductiva, implica un abordaje de la sexualidad de manera integral, superando la mirada de

los programas verticales centrados en nociones y prácticas materno infantiles, que han generado brechas de inequidad para las mujeres que han decidido no tener hijos, para los hombres que no tienen espacios de atención adecuados a sus necesidades y realidades; para las personas de otra orientación sexo genérica que no encuentran en el sistema de salud una respuesta a sus necesidades diferenciadas de atención. Se incluye los hábitos de vida, los servicios de salud, la consolidación de la salud intercultural, la salud sexual y reproductiva, la forma de alimentación y el fomento de la actividad física.

1.1 JUSTIFICACION

Con este proyecto analizamos el principal causa de amenaza de aborto por infecciones urinarias bacterianas en este estudio el embarazo se relaciona con una alta morbimortalidad materna perinatal.

Es importante reconocer las causas que atrae el problema y de esta manera se pueda diagnosticar de manera oportuna para evitar la morbimortalidad materna perinatal que produce la amenaza de aborto por infecciones urinarias bacterianas en gestantes.

1.2 OBJETIVOS.

1.2.1 Objetivo general.

Determinar el factor de riesgo principal en la amenaza de aborto en paciente con infección urinaria bacteriana de un caso clínico presentado en hospital

1.2.2 Objetivo específico.

1. Identificar los factores de riesgo asociados en amenaza de aborto en paciente con infección urinaria bacteriana en paciente atendida en hospital.

2. Revisar artículos científicos de casos clínicos de amenaza de aborto en gestantes con infección urinaria bacteriana que afectan a la población a nivel mundial, nacional y local.

3. Determinar el factor de riesgo predisponente por revisión bibliográfica que está presente en el caso clínico de amenaza de aborto en la gestante con infección urinaria bacteriana atendida en hospital.

1.3 DATOS GENERALES

NOMBRES COMPLETOS :	NN NN
EDAD :	32 AÑOS
SEXO :	FEMENINO
AREA DE PROCEDENCIA :	URBANA
ESTADO CIVIL:	SOLTERA
HIJOS:	2
NIVEL DE ESTUDIO:	SECUNDARIA
NIVEL SOCIOCULTURAL ECONOMICO:	MEDIO
RAZA :	MESTIZA
RELIGION :	CATOLICA
OCUPACION :	AMA DE CASA
CONYUGE:	NN NN
OCUPACION DE CONYUGE:	CHOFER
EDAD DE COYUGE :	35
INGRESO TOTAL MENSUAL :	500

II. METODOLOGIA DE DIAGNÓSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

ANÁLISIS DE MOTIVO DE CONSULTA

Paciente femenina de 32 años de edad acude ahora refiriendo que desde horas de la mañana presenta dolor pélvico de leve a moderada intensidad y hace más menos 40 minutos evidencia salida de sangre roja transvaginal con presencia de coagulo de más o menos 3 cm de diámetro.

HISTORIAL CLÍNICO.

Antecedentes patológicos personales:

- ❖ Antecedentes patológicos familiares: no refiere
- ❖ Antecedentes quirúrgicos: no refiere
- ❖ Alergias: no refiere
- ❖ Hábitos: Alimentación 3 veces al día

Antecedentes ginecosobstétrico:

- ❖ Menarquia: 12 años
- ❖ Ciclos
- ❖ Pareja sexual 1 Papanicolaou no refiere
- ❖ Gesta 2 Parto 2
- ❖ Cesárea 0 Aborto 0
- ❖ Inicio de actividad sexual: 15 años Planificación Familiar
- ❖ Fecha de última menstruación : 6 -11- 2018

- ❖ Fecha probable de parto: 16-08-2019 Edad gestacional de 19.1 Semanas Gestación.
- ❖ Vacunas en el embarazo si la 1ra vacuna

2.2 Principales datos clínicos que refieren el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)

ANAMNESIS

Paciente femenina de 32 años de edad con antecedente ginecoobstetrico de gesta 2 parto 2 cesárea 0 aborto 0 con fecha de ultima menstruación de 6 de noviembre para una edad gestacional de 19,1 semanas acude ahora refiriendo que desde horas de la mañana presenta dolor pélvico de leve a moderada intensidad y hace más menos 40 minutos evidencia salida de sangre roja transvaginal con presencia de coagulo de más o menos 3 cm de diámetro, por lo cual acude. se realiza rastreo ecográfico donde se evidencia producto único vivo con frecuencia cardiaca fetal 158 latidos por minuto se comunica caso a médico especialista quien indica ingreso hospitalario.

2.3 Examen físico (exploración clínica).

EXPLORACION CLINICA

Examen Físico.

Cabeza: normo cefálico tejido celular subcutáneo no infiltrado mucosas húmedas y normo coloreadas.

Respiratorio: murmullo vesicular audible, no estertores, frecuencia respiratoria de 20 por minuto aparato cardiaco ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad no soplos frecuencia cardiaca 90 por minuto.

Examen gineceo obstétrico. Abdomen blando depresible, doloroso en hipogastrio. Ruidos hidroaereos presentes y normales.

Pelvis: Especulocopia. Región genital especulocopia se evidencia presencia de secreción blanquecina grumosa y vestigios hemáticos en poca cantidad.

Sistema nervioso central: consciente orientado en tiempo espacio y persona.

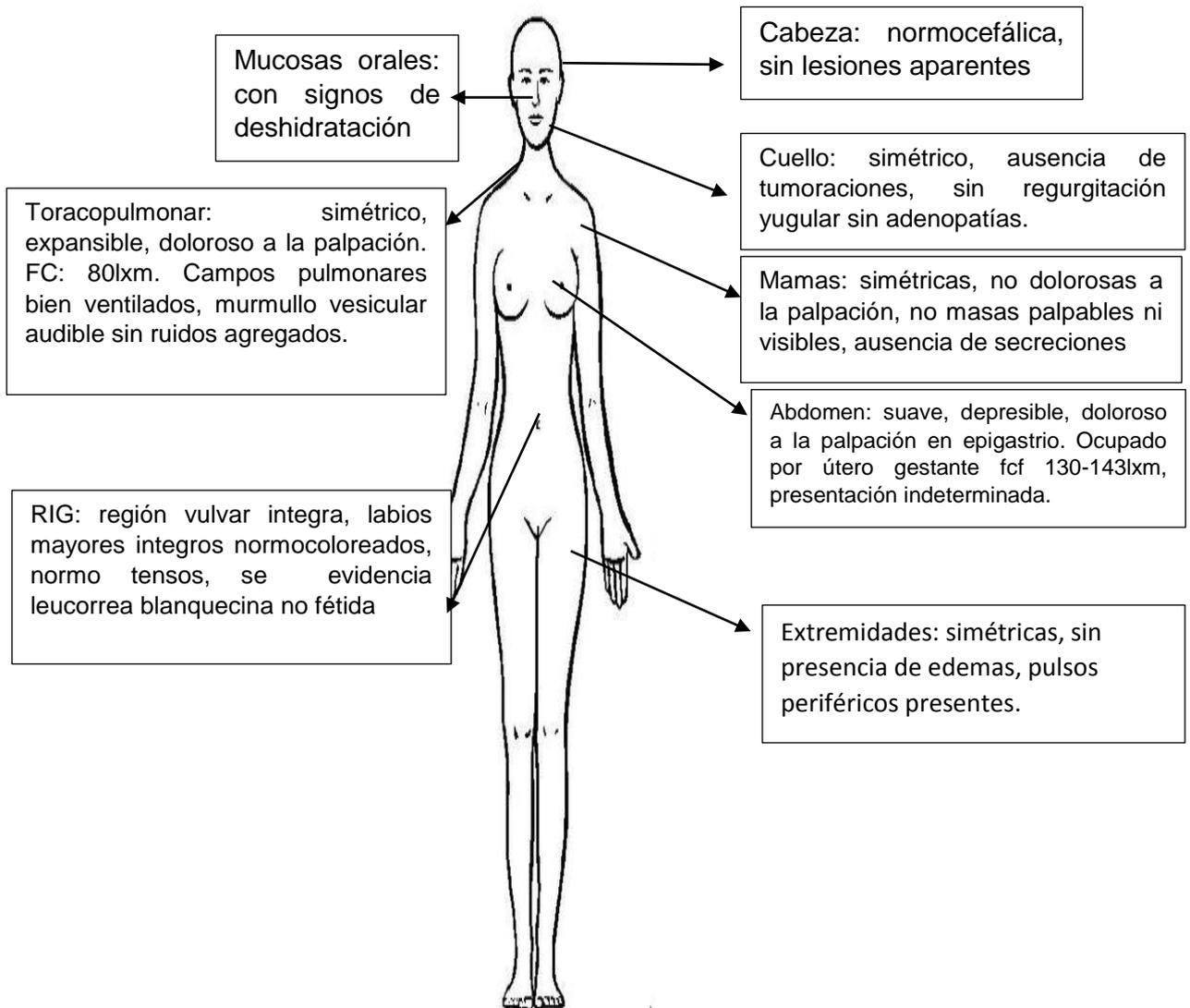
SCORE MAMA

Parámetro	Puntuación	Puntaje
Frecuencia cardiaca	89	0
Frecuencia respiratoria	20	0
Sistólica	100	0
Temperatura	36.8	0
Diastólica	100	0
Saturación	90%	0
Estado de conciencia	Alerta	0

Total 0

Elaborado por: Delia Panucar Paucar Egresada de obstetricia 2020

Fuente: historial clínico de la paciente.



Elaborado por: Delia Panucar Paucar Egresada de obstetricia 2020

Fuente: historial clínico de la paciente

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

Examen complementario

EXAMENES DE LABORATORIO

Se realiza exámenes complementarios a la gestante en la sala de hospitalización por el médico de turno.

Biometría hemática.- Se realiza exámenes a la gestante con la finalidad de dar un buen diagnóstico para complementar con el tratamiento adecuado.

HEMATOLÓGICO.					
hematocrito	11.5%	hemoglobina	32.0g/dl	Volumen corpuscular medio	80
Plaquetas	236.000		Grupo	O	
Leucocitos	54.700		Factor RH	+	
Neutrófilos	54.7%	linfocitos	33.4%	Tiempo de protrombina	13.0
Eosinofilos	6%		Tiempo parcial de tromboplastina	13.0	

QUÍMICA

Determinación	Resultado	Unidad de medida	Valor de referencia
Glucosa en ayunas	-	Mg/dl	70-115
Urea	9.5	Mg/dl	15-50
Creatinina	0.53	Mg/dl	0.6 - 1.1
Proteína total	6.3	g/dl	5.7 – 8.0
Tiempo de tropombina	13	g/dl	14
Transaminasa pirúvica	17	u/l	31 – 41
Transaminasa oxalacetica	21	u/l	31 - 35

Exámenes de orina: Se solicita el examen de orina a la gestante para su mejor diagnostico cistitis o pielonefritis.

UROANALISIS			
Elemental		Microscópico	
Densidad	1.016	Aspecto	turbio
PH	6.5	sangre	positivo
Glucosa	-	leucositos	8-10
Cetona	-	Células	Escasas
Hematíes	15-20	Bacterias	Positivas

ECOGRAFIA OBSTETRICA

Embarazo único, vivo, movimientos fetales presentes y, Corazón con cuatro cavidades Frecuencia Cardiaca Fetal: 158 Latidos.

Presentación: transversal. Medidas biométricas fetales:

- Diámetro Biparental dbp: 29 mm.
- Longitud de fémur: 15 mm.
- Circunferencia Cefálica: 109 mm.
- Circumference abdominal: 96 mm.

Placenta de inserción baja con hematoma retro placentario marginal inferior menor a 2

Líquido amniótico índice de volumen normal

Dx.-Se evidencia embarazo de 19.1 semanas de gestación, Peso.- 118 g.

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL.

Después de la observación que se le hizo a la gestante durante las primeras horas de hospitalización se confirmó a la gestante de 32 años de edad que se encuentra en área de hospitalización de ginecología por diagnóstico de ingreso de amenaza de aborto de 19 semanas por fecha de última menstruación más vaginitis. Antecedentes ginecobstetricias, gestas 2 - parto 2 - fecha de ultima menstruación 06/11/18. Al momento paciente consciente, orientada en tiempo y espacio, colabora con el interrogatorio, normotensa, afebril, signos vitales dentro de los parámetros normales. Refiere sangrado vaginal leve que se observa en paño. Se realiza rastreo ecográfico donde se evidencia producto único vivo con frecuencia cardiaca fetal 158 latidos por minutos se recaban resultados de exámenes de laboratorio de ingreso, los mismos que reportan infección de vías urinarias. Paciente ya se encuentra con esquema antibiótico.

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

CONDUCTA A SEGUIR

Conducta relacionada con el problema

Biológicas:

- ❖ Paciente cursando su tercer embarazo

Conducta a seguir en emergencia

Se mantiene a la paciente en observación, es evidente el cuadro clínico por el que está pasando por eso se decide iniciar el siguiente tratamiento:

1. Control de signos vitales
2. Reposo absoluto
3. Dieta general
4. Vigilar signos de alarma.
5. Cloruro de sodio 0.9%1000cc pasar a 30 gotas por minuto
6. Exámenes de laboratorio .BHC bioquímico, prueba hemática.

Después de 30 minutos de observación en emergencia el tratante decide hospitalización a la gestante para su mejor manejo.

Conducta a seguir en hospitalización

A la espera de los resultados de exámenes complementarios se establece el diagnóstico de amenaza de aborto que presenta la gestante médico residente y médico tratante establecen las siguientes indicaciones:

Pasa a sala de hospitalización y continúa con antibioticoterapia.

- ❖ Control de escote mama cada 12 horas
- ❖ Reposo absoluto
- ❖ Dieta blanda por 24 horas
- ❖ Cloruro de sodio 0,9% 1000 ml pasar a 30 gotas/minuto
- ❖ Progesterona 100 mg vo cada 12 horas.

2.6 Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

La literatura describe un sin número de manejos o procedimiento a esta patología si el cuadro clínico empeora el personal de salud debe estar capacitado para su correcto manejo en el tratamiento valorando riesgo beneficio materno fetal. El punto clave donde se debería priorizar es en la correcta educación sobre la higiene personal de cada una de las gestantes debería empezar desde el primer nivel de atención con un diagnóstico y tratamiento oportuno para evitar las amenazas de aborto por infecciones urinarias bacterianas en gestantes.

2.7 Seguimiento

Pasa a sala de hospitalización y continúa con antibioticoterapia.

- ❖ Control de escore mama cada 12 horas
- ❖ Reposo absoluto
- ❖ Dieta blanda por 24 horas
- ❖ Cloruro de sodio 0,9% 1000 ml pasar a 30 gotas/minuto
- ❖ Progesterona 100 mg vo cada 12 horas
- ❖ Ampicilina 1 gramo iv cada 8 horas.

Paciente es valorada nuevamente en la noche, se reciben resultados de Hemograma, compatibles con infección de urinaria.

Elemental		Microscópico	
Densidad	1.010	Aspecto	Ligeramente turbio
PH	6.0	Piocytes /c	10-12
Glucosa	+	Eritrocitos /c	1-2
Cetona	-	Células	Escasas
		Bacterias	Escasas

Indicaciones:

- ❖ Adicional
- ❖ Metronidazol 500 mg vo cada 6 horas
- ❖ Clotrimazol 1 ovulo intravaginal diario vigilar signos de alarma.

EXAMEN DE LABORATORIO

Biometría hemática.

HEMATOLÓGICO.					
hematocrito	33.0%	hemoglobina	11.5/dl	Volumen corpuscular medio	80
Plaquetas	256.000		Grupo	O	
Leucocitos	54.700		Factor RH	+	
Neutrófilos	54.7%	linfocitos	33.4%	Tiempo de protrombina	13.0
Eosinófilos	6%		Tiempo parcial de tromboplastina	13.0	

VALORACION POR NUTRICIÓN.

La nutrición consiste en consumir una dieta saludable y equilibrada para que su cuerpo obtenga los nutrientes que necesita. Los nutrientes son sustancias en los alimentos que el cuerpo necesita para poder funcionar y crecer. Estos incluyen proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales y el agua.

Plan de tratamiento propuesto

Dieta blanda.

Dieta fraccionada en 5 tiempos de comida.

Consejería nutricional al paciente.

VALORACIÓN POR GINECOLOGIA

Gestante con amenaza de aborto por infecciones urinarias con dolor en la parte baja del vientre se solicita exámenes complementario a la gestante para su mejor diagnóstico y tratamiento. Se solicita biometría completa, uruanalisis y ecografía obstétrica para verificar el estado fetal.

Plan de tratamiento propuesto:

1. cloruro de sodio 0,9% 1000 ml pasar a 30 gotas/minuto
2. progesterona 100 mg vo cada 12 horas
3. ampicilina 1 gramo iv cada 6 horas dia 3
4. metronidazol 500 mg vo cada 8 horas
5. clotrimazol 1 ovulo intravaginal diario

2.8 observaciones

Durante el tiempo que se mantuvo a la gestante en hospitalización estuvo en constante observación y con reposo absoluto se utilizó algunos medicamentos de primera línea como progesterona para evitar amenaza de aborto, la ampicilina para contrarrestar la infección de vías urinarias también se utilizó, metronidazol y clotrimazol en óvulos y si bien los fármacos cumplían su misión la gestante cada día se sintió mejor la gestante acepta sin problema la administración de todas las dosis, se le manifestó a la gestante y al familiar sobre el procedimiento que se le va a realizar en la cual acepta y firma el consentimiento informado, en cuanto a su embarazo se encuentra ya en buenas condiciones se realiza ecografía y se evidencia un embarazo de 19.1 semanas de gestación producto único vivo con frecuencia cardiaca fetal de 150 latidos por minuto al termino de completar las dosis de su tratamiento la paciente evoluciono muy bien.

Pronóstico El pronóstico depende del grado de desprendimiento que se observe. Cuando el desprendimiento es pequeño, desaparece el sangrado y la gestación continúa su curso, el pronóstico generalmente es bueno. En 50% de los casos, evoluciona hacia el aborto, en sus tres variables clínicas: aborto retenido, aborto incompleto o aborto completo.

CONCLUSIONES

La infección urinaria bacteriana es una de las causas de amenaza de aborto en gestantes. Factores de riesgo materno que presentan es la falta de control prenatal en gestantes permite que la infección prolifere ocasionando contracciones y amenaza de aborto en gestante.

En los casos de amenaza de aborto, el médico explica a la paciente las pautas que la mujer embarazada debe seguir:

- ❖ Evitar mantener relaciones sexuales.
- ❖ Reposo relativo o absoluto, según la gravedad de los síntomas.
- ❖ Evitar comer embutidos o alimentos cárnicos no procesados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Botella, J., A, J., & Cabero nuñez. (2013). *Tratado de Ginecología*. Dias de Santos Amazon . com.
- Cabero Roura, L. (2013). *Obstetricia Medicina Materno Fetal Infeccion Urinarias y Gestantes*. Buenos Aires Bogota: Medica Panamericana.
- CLINIC, & Barcelona. (s.f.).
- Dalet , F., & Del Rio , F. (1998). *Infecciones Urinarias*. España: Medica Panamericana.
- Estrada-Altamirano, A. (2010). Infección de vías urinarias en la mujer embarazada. *medigraphic.com/pdfs/inper/ip*, 184.
- Estrada-Altamirano, A. (2010). Infección de vías urinarias en la mujer embarazada. <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip>, 184.
- Fortes.Sahm.Weissfela. (2014). *Diagnostico Microbiologia*. Buenos Aires: Medica Panamericane.
- Ginecologia, O., Lopez, M., Cobos, T., & Palacios, M. (2017). INFECCIÓN VIAS URINARIAS Y GESTACIÓN. *Servei de Medicina Maternofetal.*, 1-7.
- Gonzalez Rivera, A. C. (2011). Amenaza de Aborto. *REVISTA MÉDICA DE COSTA RICA y CENTROAMÉRICA* , 495-498.
- González, A. C. (2011). AMENAZA DE ABORTO. *REVISTA MÉDICA DE COSTA RICA y CENTROAMÉRICA* XVIII (599) 495-498, 295.
- GPC. (2015). *AMENAZA DE ABORTO*. MEXICO: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- J.Lombardia.M.Fernandez. (2007). *Ginecología y Ostetricia*. Medic Panamericana .
- MSP. (2012). *INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS*. Quito: Dirección Nacional de Normatización – MSP.
- MSP. (2012). *INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO*. Quito: Dirección Nacional de Normatización – MSP.
- MSP. (2012). *INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN EMBARAZO*. Quito-Ecuador: Dirección Nacional de Normatización – MSP.
- MSP. (2012). *INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN GESTANTES*. Quito-Ecuador: Dirección Nacional de Normatización – MSP.
- MSP. (2013). *Guía práctica clínica Ministerio de Salud Pública* .
- MSP. (2013). *INFECCION DE VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO*. Quito: : Dirección Nacional de Normatización.
- MSP. (2014). *aAlimentacion y nutricion de la mujer gestante y de la madre en periodo de lactancia*. Quito: Direccion nacional de normalizacion.

MSP, G. d. (2013). *Infección de vías urinarias en el embarazo*. Quito: Dirección Nacional de Normatización.

R., & M.Babe y Yo. (s.f.).

Rivera*, A. C. (2011). Amenaza de Aborto. *REVISTA MÉDICA DE COSTA RICA y CENTROAMÉRICA* *IXVIII* (599) 495-498, 496.

Salud, M. d. (2009). | *Guías de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo*. Panama.

ANEXOS







26-01-2020-0016
HEEDITION
CALIFORNIA 048010 001
CPSS3D 140cm 010.05
0.0 0.0 0.0
26-01-2020 21:40:28



1. Total 1:00pm