

11226

100

28  
J

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE  
POSGRADO E INVESTIGACION  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS  
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADEMICA  
CLINICA HOSPITAL ISSSTE CHILPANCINGO GRO.

"LA BACTERIURIA ASINTOMATICA EN EL EMBARAZO COMO  
FACTOR DE RIESGO DE PARTO PRETERMINO"

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL  
DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA  
FAMILIAR

P R E S E N T A :

DRA. ERNESTINA HILDA MUÑOZ FLORES

FALLA DE ORIGEN

MEXICO D.F. 1995 .



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

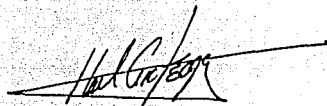
TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL  
DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA  
FAMILIAR

P R E S E N T A :

DRA. ERNESTINA HILDA MUÑOZ FLORES

T I T U L O

"LA BACTERIURIA ASINTOMATICA EN EL EMBARAZO COMO  
FACTOR DE RIESGO DE PARTO PRETERMINO"



DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR DE  
LA JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL  
I.S.S.S.T.E .

02 OCT. 1995




**"LA BACTERIURIA ASINTOMATICA EN EL EMBARAZO COMO  
FACTOR DE RIESGO DE PARTO PRETERMINO"**


QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR


P R E S E N T A :

**DRA. ERNESTINA HILDA MUÑOZ FLORES**

**AUTORIZACIONES**

  
**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

  
**DR. ARNULFO ARIGOYEN CORIA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACION  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

  
**DRA. MA. DEL ROCÍO NORIEGA GARIBAY.**  
COORDINADORA DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
U.N.A.M.

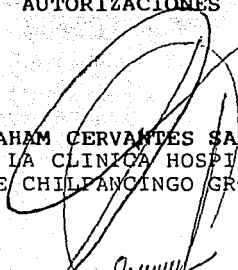
"LA BACTERIURIA ASINTOMATICA EN EL EMBARAZO COMO  
FACTOR DE RIESGO DE PARTO PRETERMINO"

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DRA. ERNESTINA HILDA MUÑOZ FLORES

AUTORIZACIONES

  
DR. ABRAHAM CERVANTES SANCHEZ  
DIRECTOR DE LA CLINICA HOSPITAL GENERAL DEL  
ISSSTE CHILPANCINGO GRO .

  
DR. RODIN GUSTAVO DIAZ ZAMORA  
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA  
FAMILIAR CHILPANCINGO GRO.

  
DR. JULIO CEBALLOS CARCON ADAME  
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION  
CLINICA HOSPITAL GENERAL ISSSTE  
CHILPANCINGO GRO.



**"LA BACTERIURIA ASINTOMATICA EN EL EMBARAZO COMO  
FACTOR DE RIESGO DE PARTO PRETERMINO"**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A :**

**DRA. ERNESTINA HILDA MUÑOZ FLORES**

**ASESOR DE TESIS RECEPCIONAL**

**DR. JOSE MANCILLA ROSENDO  
MEDICO GINECOOBSTETRA ADSCRITO AL HOSPITAL  
GENERAL ISSSTE CHILPANCINGO GRO.**

## INDICE

CAPITULO I .- INTRODUCCION.

CAPITULO II .- JUSTIFICACION.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

OBJETIVOS GENERALES.

OBJETIVOS INMEDIATOS.

OBJETIVOS MEDIATOS .

HIPOTESIS .

CAPITULO III.- MATERIAL Y METODOS.

CAPITULO IV .- RESULTADOS .

CAPITULO V .- CONCLUSIONES .

CAPITULO VI .- BIBLIOGRAFIA .

## CAPITULO I

### INTRODUCCION.

La infección del tracto urinario representa una de las infecciones más comunes encontradas en la mujer durante la gestación; - la cual, si no es tratada, puede tener una participación significativa en la morbilidad materna y neonatal.

Roberts en 1881, introdujo el término "bacteriuria" y especulando sobre la puerta de entrada de bacterias en el tracto urinario señaló : La orina fresca está completamente libre de bacterias u otros microorganismos, pero existen situaciones en las que la orina al momento de su emisión contiene bacterias; es decir, condiciones en que la orina se contamina con bacterias durante su viaje por los pasajes urinarios. (17)

Actualmente en las infecciones del tracto urinario en la mujer embarazada, se conocen tres patrones de infección y son generalmente conocidos : bacteriuria asintomática, cistitis aguda y pielonefritis aguda.

Las infecciones del tracto urinario es una de las condiciones patológicas más frecuentes con las que se enfrenta el médico general en su práctica diaria. (5) (12) (17)(28).

Las infecciones del tracto urinario, es uno de los problemas médicos más frecuentes en las mujeres. Los bacilos Gram-negativos



aerobios son los gérmenes que con mayor frecuencia se encuentran involucrados en la etiología de las vías urinarias, de éstos la -- Escherichia Coli, se identifica en cerca del 90 % de los casos. (7) (1) (2) (3) (5) (6) (10) (12).

En las últimas tres décadas se ha realizado una intensa investigación tanto en el aspecto básico como clínico de las infecciones del tracto urinario, lo que nos permite actualmente conocer mejor su Epidemiología, Patogénesis, Diagnóstico, Tratamiento y Medidas preventivas. (5) (17) (21) (24) (27).

La bacteriuria asintomática es la forma de infección del --- tracto urinario, que se encuentra con más frecuencia durante el em barazo, la cual ocurre en aproximadamente el 6 % (variación del 2-12 % ) de todas las mujeres embarazadas. (29), Anderson y Cols. detectan una frecuencia igual del 6 % con un rango de 2 al 11 %.

La bacteriuria asintomática a menudo antecede a la infección urinaria sintomática que representa más de 6 millones de consultas ambulatorias por año. En las embarazadas, la bacteriuria es un factor de riesgo de Prematurez y bajo peso al nacimiento. Lawrence reporta un 4 a 7 % . (6).

La bacteriuria asintomática es la que el cultivo es positivo (con o sin piuria) y el paciente no tiene síntomas locales o <sup>o</sup>sis-

témicos de infección, quizá no necesite tratarse excepto durante -- el embarazo. (3)

Ocurre bacteriuria asintomática en 2-10 % de todas las embarazadas y si no se tratan 30 a 50 % presentan pielonefritis.(15)

Un aspecto de particular problemática es la presentación de infección de vías urinarias durante el embarazo, en 1er. lugar -- por el incremento en su frecuencia en las mujeres gestantes y en 2o. lugar por la serie de secuelas nocivas que la infección del -- tracto urinario puede ocasionar sobre el curso del embarazo y sobre el bienestar materno-fetal. (5)(15)(20)

Se ha demostrado que aproximadamente, una de cada 5 mujeres con bacteriuria asintomática en la etapa temprana del embarazo es tá en riesgo de tener infección aguda sintomática en el curso de la gestación, situación que se relaciona con un incremento de complicaciones ya mencionadas, la administración de fármacos antimicrobianos, reduce el riesgo de las complicaciones perinatales, las cuales son la causa más frecuente de internamiento hospitalario -- durante la gestación.

Fisiopatología del tracto urinario en el embarazo.- diversos factores predisponen a la mujer embarazada a las infecciones urinarias, los factores principales son : Hidronefrosis fisiológica, u

uretra corta, cambios vesicales que predisponen al reflujo vesicouretal, éstasis urinaria y cambios característicos fisiológicos de la orina durante el embarazo (glucosuria, proteinuria y PH elevado) (17) (24)

La compresión de los ureteres por el útero grávido y las venas ováricas lleva a la dilatación progresiva de los cálices, la pelvis renal y los ureteres, cambios que comienzan a finales del 1er. trimestre y progresan a lo largo de toda la gestación, también las influencias hormonales y la acción de las prostaglandinas juegan un papel significativo en la disminución del tono de la musculatura ureteral y vesical así como en la peristalsis de los ureteres, estos fenómenos en su conjunto llevan a la éstasis urinaria, la que representa un factor importante para el desarrollo de la infección. (18) (28)

La obstrucción relativa y la estasis de orina en presencia de bacteriuria frecuentemente es el antecedente que conduce hacia el desarrollo de pielonefritis, parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, retardo en el crecimiento intrauterino y aumento de morbilidad neonatal. (8) (10) (12) (13) (15) (18) (20)

Camacho y Cols., reportan asociación del 12 % de cervicovaginitis y bacteriuria asintomática. (9)

Etiología.-La mayor parte de las infecciones no complicadas del tracto urinario son causadas por microorganismos Gram-negativos aerobios que se presentan en la porción distal del aparato -- gastrointestinal, pero el microorganismo más frecuente es Escherichia Coli, del cual depende aproximadamente del 80-90 % de éstas - infecciones, otros microorganismos involucrados en la etiología -- del tracto urinario son : Proteus, Klebsiella y Enterobacter. Los coco Gram-positivos como Staphylococcus Saprophyticus juegan un - papel de menor importancia en la etiología de éste tipo de infec- ciones, no obstante causan del 10-15 % de infecciones. (1)(2)(3)(5) (6)(10)(12)(14)(16)(17)(19)(23)(25)(28)

Diagnóstico.- Se basa en la obtención de un cultivo urinario positivo, designado como la presencia de más de 100 mil organismos por ml. de orina de un mismo uropatógeno en una muestra obtenida por una micción media siempre que no haya síntomas urinarios. (6)- (16)(16)(17)(19)(25)(27)

Manejo de la infección de las vías urinarias durante el emba- razo.- La mayoría de las pacientes gestantes que cursan con bacte- riuria responden adecuadamente al tratamiento antimicrobiano y -- permanecen libres de infección por el resto del embarazo.

La detección temprana de bacteriuria en las embarazadas debe

tomarse como prioridad, ya que la erradicación de la bacteriuria - virtualmente nos asegura la prevención de partos pretérminos, ruptura prematura de membranas, retardos en crecimiento uterino, pielonefritis.

## CAPITULO II

### JUSTIFICACION.

La mayoría de pacientes asistentes a la consulta de 1er. nivel está conformada por mujeres embarazadas y la bacteriuria asintomática es uno de los padecimientos más frecuentes e importantes en Obstetricia, este radica principalmente en los padecimientos -- asociados o consecuentes a ésta entidad que pueden complicar gravemente el embarazo. (8).

Sabemos que la bacteriuria asintomática en pacientes embarazadas se ha relacionado con mayor frecuencia a pacientes con bajos recursos económicos, deficiencias higienico-dietéticas y se -- piensa que la bacteriuria como causa de parto pretérmino y aumento de morbimortalidad neonatal y riesgo de pielonefritis.

El American College of Obstetricians and Gynecologists recomienda el análisis de orina en cada consulta prenatal y el urocultivo en las mujeres con análisis de orina patológico o factores -- de riesgo de infección urinaria.

La detección precoz de bacteriuria asintomática es posible -- mente más valiosa en embarazadas, ya que es un factor de riesgo -- comprobado de complicaciones severas. Al rededor de 20 a 40 % de las embarazadas no tratadas y con bacteriuria asintomática presentan infección urinaria sintomática. En ellas son más altos el --

Varios estudios señalan que el tratamiento de la bacteriuria asintomática durante la gestación puede reducir la incidencia de infección urinaria sintomática y parto prematuro. (8) (10)(12)(6) (5)(9)(13)

Un control prenatal satisfactorio, diagnóstico y tratamiento oportuno son básico para una evolución adecuada y menos riesgoza durante la gestación.

El propósito fundamental de la vigilancia prenatal es el asegurar menor riesgo durante el embarazo mediante la optimización de los medios para preservar la salud de la mujer gestante lo cual se reflejará en un mayor ambiente intrauterino para el feto en desarrollo y mayores expectativas de salud para el neonato y el lactante, así mismo esta conducta permite la identificación de riesgos y la alternativa de prevención.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En nuestro medio existe un alto riesgo en la patología obstétrica que conduce a un incremento de parto prematuro, ruptura prematura de membranas, preeclampsia, retardo en el crecimiento uterino y en algún momento del curso del embarazo presentan bacteriuria asintomática y que precisamente por no dar síntomas clínicos fué desapercibida, condicionando un factor de riesgo para estas complicaciones obstétricas.

Institucionalmente no contamos con estadísticas veraces que indiquen la frecuencia de la bacteriuria asintomática durante el embarazo motivo por el cual se pretende el presente estudio y dejar un precedente para que sirva de base a estudios futuros.



## **OBJETIVOS.**

### **OBJETIVOS GENERALES.**

El objetivo de éste estudio es para prevenir una infección urinaria aguda que lleve a un riesgo que incremente la morbilidad materno-fetal y de presentar complicación dar tratamiento - específico.

### **OBJETIVOS INMEDIATOS.**

- a).- Frecuencia en nuestra población,asistente al consultorio # 4 .

### **OBJETIVOS MEDIATOS.**

- a).- Analizar el estado de salud de la embarazada.
- b).- Analizar las entidades patológicas asociadas al embarazo, como consecuencia de una bacteriuria asintomática.
- c).- Identificar mujeres con factores de riesgo de parto pre término.

## H I P O T E S I S .

En nuestro medio la mujer embarazada cursa en algún momento del mismo, con bacteriuria asintomática.

### CAPITULO III .

#### MATERIAL Y METODOS.

Una vez realizada la pirámide de población, asistente al consultorio # 4, turno vespertino, del Hospital General del ISSSTE en Chilpancingo Guerrero. Encontramos que las mujeres en etapa reproductiva corresponden a 1027, que comprende desde los 15 a los 45 años de edad, de la cual el 3.8 % fué integrado por el grupo en estudio, 39 pacientes.

Fueron estudiadas todas las mujeres embarazadas asistentes al consultorio # 4 del turno vespertino, en un período de 6 meses a partir del mes de mayo a octubre de 1994. Para dicho estudio, -- fueron incluidas toda aquella mujer embarazada con bacteriuria asintomática y ausencia de signos clínicos de infección de vías urinarias y/o tratamiento antimicrobiano previo a la aplicación -- del estudio. Dentro de los criterios de exclusión, se excluye a toda paciente con infección del tracto urinario sintomático, con enfermedad activa no relacionada con la ITU, administración previa de antimicrobianos y la no continuidad de su control prenatal en forma periódica y sistemática.

A toda paciente susceptible del estudio se le informó sobre la importancia de su estado grávido actual y la asociación posible con infección del tracto urinario, condicionantes, ruptura prematura de membranas y corioamnionitis y a su vez como productores potenciales de partos pretérminos.

Una vez obtenida la aceptación de las mismas para la inclusión del estudio fué aplicado un cuestionario expreso para el

motivo del estudio. Así mismo se realizó , estudios de laboratorio que comprenden los prenatales de rutina, (BH, GPO., RH, QS, EGO, VD RL) y exámenes específicos como exudado vaginal y urocultivo, en base a la presencia de bacteriuria asintomática, misma que fué valorada por la existencia de leucocituria, mayor de 10 leucocitos por campo y en su caso de descarga transvaginal se realizó el exudado vaginal y cultivo del mismo.

La muestra estudiada fué de 39 pacientes de las cuales 13 de ellas tuvieron bacteriuria positiva, correspondiendo al segundo trimestre 8 de ellas y al tercer trimestre las 5 restantes.

El grupo de edad osciló entre los 17 y 38 años, siendo mayor su frecuencia entre los 20 y 29 años de edad.

Una vez obtenidos los datos y realizada la recolección de los mismos, su vaciado se realizó en una hoja de concentración hecha para tal fin, las pacientes que resultaron positivas a bacteriuria asintomática, fueron sometidas al estudio de urocultivo, cuyo tratamiento en los casos positivos, fué en relación a la bacteria desarrollada en el mismo. Siendo usado el siguiente esquema de tratamiento: Ampicilina 1 gr. por V.O. cada 6 horas por 10 días .



## C U E S T I O N A R I O

### 1.- FICHA DE IDENTIFICACION:

NOMBRE \_\_\_\_\_  
EDAD \_\_\_\_\_  
CEDULA \_\_\_\_\_  
DOMICILIO \_\_\_\_\_  
FECHA \_\_\_\_\_

### 2.- ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES .

1.-HIPERTENSION SI ( ) NO ( )  
2.-NEFROPATIAS SI ( ) NO ( )  
3.-DIABETES SI ( ) NO ( )  
4.-CANCER SI ( ) NO ( )  
5.-TUBERCULOSIS SI ( ) NO ( )  
6.-MALFORMACIONES CONGENITAS RENALES SI ( ) NO ( )  
7.-EDAD DEL ESPOSO VIVO SANO MUERTO CAUSA \_\_\_\_\_  
8.-# DE HIJOS VIVOS \_\_\_\_\_ # DE HIJOS MUERTOS \_\_\_\_\_

### 3.- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.

1.-ESTADO CIVIL. CASADA SOLTERA U. LIBRE DIVORCIADA \_\_\_\_\_  
2.-CASA HABITACION. AGUA POTABLE SI LUZ DRENAJE \_\_\_\_\_  
3.-ALIMENTACION CALIDAD. SUF. DEF. EXC. \_\_\_\_\_  
4.-DEFICIENTE EN PROT. GRASAS H. DE C. \_\_\_\_\_  
5.-TABAQUISMO. POSITIVO NEGATIVO \_\_\_\_\_  
6.-ALCOHOLISMO. DIARIO OCASIONAL NEGATIVO \_\_\_\_\_  
7.-ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_  
8.-OCUPACION \_\_\_\_\_  
9.-MATRIMONIOS PREVIOS \_\_\_\_\_ SI ( ) NO ( )

### 4.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

1.- TUBERCULOSIS SI ( ) NO ( )  
2.- PARASITOSIS INTESTINAL SI ( ) NO ( )  
3.- AMIBIASIS SI ( ) NO ( )  
4.- ENEURESIS SI ( ) NO ( )  
5.- INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO AGUDAS SI ( ) NO ( )  
6.- INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO CRONICAS SI ( ) NO ( )  
7.- OTRAS NEFROPATIAS SI ( ) NO ( ) ESPECIFICAR \_\_\_\_\_  
8.- DIABETES SI ( ) NO ( )  
9.- HIPERTENSION SI ( ) NO ( )  
10.-CARDIOPATIA CONGENITA SI ( ) NO ( )  
11.-OTRAS CARDIOPATIAS SI ( ) NO ( ) ESPECIFICAR \_\_\_\_\_  
12.-QUIRURGICOS SI ( ) NO ( )  
13.-TRANSFUSIONES SI ( ) NO ( )

### 5.- ANTECEDENTES GINECO\_OBSTETRICOS.

1.- MENARCA EDAD \_\_\_\_\_ RITMO REGULAR IRREGULAR \_\_\_\_\_  
2.- VIDA SEXUAL ACTIVA EDAD -20 SI ( ) NO ( ) +20 SI ( ) NO ( )  
3.- EDAD DEL MATRIMONIO -20 SI ( ) NO ( ) +20 SI ( ) NO ( )  
4.- PRIMER EMBARAZO EDAD-20 SI ( ) NO ( ) +20 SI ( ) NO ( )  
5.- ANTICONCEPCION SI ( ) NO ( ) METODO \_\_\_\_\_

- 6.- GESTA 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) +4 ( )  
 7.- PARA 1 ( ) 2 ( ) +3 ( )  
 8.- ABORTOS 1er TRIMESTRE ( ) 2o. TRIMESTRE ( ) INMADUROS ( )  
 9.- PREMATUROS SI ( ) NO ( )  
 10.- OBITOS SI ( ) NO ( )  
 11.- MUERTES INTRAPARTO SI ( ) NO ( )  
 12.- MALFORMACIONES CONGENITAS SI ( ) NO ( )  
 13.- PREECLAMPSIA SI ( ) NO ( )  
 14.- ECLAMPSIA SI ( ) NO ( )  
 15.- PESO DE RECIEN NACIDOS BAJO ( ) NORMAL ( )  
 16.- CESAREAS SI ( ) NO ( ) CAUSAS \_\_\_\_\_  
 17.- PARTOS POST CESAREAS SI ( ) NO ( )

6.- ESTADO ACTUAL.

- 1.- FUM \_\_\_\_\_ NORMAL ( ) ESCASA ( ) DUDOSA ( )  
 2.- AMENORREA POSTPARTO SI ( ) NO ( )  
 3.- TRIMESTRE I. HIPEREMESIS SI ( ) SANGRADO SI ( ) MAGNITUD \_\_\_\_\_  
 4.- SIGNO DE EMBARAZO + NORMAL ( ) ANORMAL ( )  
 5.- INFECCION VAGINAL SI ( ) NO ( )  
 6.- INFECCION DEL TRACTO URINARIO SI ( ) NO ( )  
 7.- OTRAS INFECCIONES SI ( ) NO ( )  
 8.- TRIMESTRE II. FECHA DE MOV. FETALES \_\_\_\_\_  
 9.- OTROS DATOS \_\_\_\_\_  
 10.- TRIMESTRE III SANGRADOS SI ( ) NO ( ) MAGNITUD \_\_\_\_\_  
 11.- EDEMA SI ( ) NO ( ) MAGNITUD \_\_\_\_\_  
 12.- OTROS DATOS \_\_\_\_\_

7.- APARATOS Y SISTEMAS.

- 1.- DIGESTIVO NORMAL SI ( ) NO ( )  
 2.- CIRCULATORIO NORMAL SI ( ) NO ( )  
 3.- URINARIO NORMAL SI ( ) NO ( )  
 4.- PULMONAR NORMAL SI ( ) NO ( )  
 5.- NERVIOSO NORMAL SI ( ) NO ( )  
 6.- INCREMENTO DE PESO NORMAL ( ) EXC. ( ) BAJO ( )

8.- EXPLORACION FISICA.

PESO \_\_\_\_\_ TALLA \_\_\_\_\_ PULSO \_\_\_\_\_ T.A \_\_\_\_\_ TEMP. \_\_\_\_\_ RESP. \_\_\_\_\_  
 CABEZA \_\_\_\_\_ NORMAL SI ( ) NO ( )  
 TIROIDES \_\_\_\_\_ NORMAL SI ( ) NO ( )  
 CORAZON \_\_\_\_\_ NORMAL SI ( ) NO ( )  
 PULMONES \_\_\_\_\_ NORMAL SI ( ) NO ( )  
 ABDOMEN \_\_\_\_\_ NORMAL SI ( ) NO ( )  
 GENITALES \_\_\_\_\_ NORMAL SI ( ) NO ( )  
 CERVIX FORMADO \_\_\_\_\_ CERRADO \_\_\_\_\_ LARGO \_\_\_\_\_ POSTERIOR \_\_\_\_\_  
 CORTO \_\_\_\_\_ DILATADO \_\_\_\_\_ MEMBRANAS INTEGRAS \_\_\_\_\_ ROTAS \_\_\_\_\_  
 FECHA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_  
 UTERO. FONDO \_\_\_\_\_ CM ARRIBA DE PUBIS P.U. ( ) MULTIPLE ( )  
 SITUACION \_\_\_\_\_ PRESENTACION \_\_\_\_\_ LIBRE \_\_\_\_\_ ABOCADA \_\_\_\_\_  
 ENCAJADA \_\_\_\_\_ FCFF \_\_\_\_\_ NORMAL \_\_\_\_\_ ANORMAL \_\_\_\_\_

**DIAGNOSTICO**

---

**9.- EXAMENES DE LABORATORIO.**

- HB NORMAL ( ) ANORMAL ( ) HTO. NORMAL ( ) ANORMAL ( )  
LEUCOSITOS NORMAL ( ) ANORMAL ( )  
QS.(GLUCOSA) NORMAL ( ) ANORMAL ( )  
1-EGO. PH ACIDO ( ) ALCALINO ( ) PROT. POSITIVA ( ) GLUCOSA ( )  
CET. + ( ) BIL + ( ) UROB + ( ) HB + ( ) NITRITOS + ( )  
BACTERIAS + ( ) C.E. + ( ) LEUCOS NORMAL ( ) ANORMAL ( )  
ERT + ( ) .  
2-UROCULTIVO NEG. ( ) POSIT. ( ) TIPO DE BACTERIA \_\_\_\_\_  
3-EXUDADO VAGINAL NEG. ( ) POST. ( ) T.BACTERIA \_\_\_\_\_

**10.-EXAMENES DE CONTROL.**

- UROCULTIVO NEG ( ) POST. ( ) T. BACTERIA \_\_\_\_\_  
EXUDADO VAGINAL NEG.( ) POST.( ) T. BACTERIA \_\_\_\_\_  
HB NORMAL ( ) ANORMAL ( ) HTO NORMAL ( ) ANORMAL ( )  
VDRL POST. ( ) NEG. ( ) QS NORMAL ( ) ANORMAL ( )  
TIPO SANGUINEO \_\_\_\_\_ RH \_\_\_\_\_

**11.-TRATAMIENTO.**

- INICIAL MEDICAMENTOS \_\_\_\_\_  
DOSIS \_\_\_\_\_  
DIAS \_\_\_\_\_  
CONTROL \_\_\_\_\_

**12.-COMPLICACIONES.**

- |                                 |        |        |
|---------------------------------|--------|--------|
| RUPTURA PREMATURAS DE MEMBRANAS | SI ( ) | NO ( ) |
| PARTO PRETERMINO                | SI ( ) | NO ( ) |
| PRODUCTO DE BAJO PESO           | SI ( ) | NO ( ) |

ACEPTO EL ESTUDIO.

\_\_\_\_\_  
FIRMA.





**RESULTADOS:**

Basados en los objetivos pre-establecidos y en la hipótesis del presente estudio, con la ayuda de la tarjeta de vaciado y -- concentración de datos, hecho que facilitó la obtención y manejo de las distintas variables.

Para analizar la frecuencia, en nuestra población asistente al consultorio # 4 del turno vespertino de la bacteriuria asintomática se tomó como base la pirámide de población femenina en edad reproductiva, la cual fué de 1027 (100 %) y el grupo de estudio en cuestion fué de 39 pacientes (3.8 %), siendo ésta la frecuencia en relación a la población de mujeres en edad reproductiva.

La edad del grupo estudiado : El grupo estudiado corresponde a 39 pacientes cuya edad fluctuó entre los 17 y 38 años, siendo -- más frecuente en los grupos de edad correspondientes de los 20-29 años, con un total de 27 pacientes lo que constituye el 69.2 % -- del grupo estudiado. (cuadro número 1 ).

Dentro del marco de Antecedentes Heredo-familiares, fué positivo para Hipertensión Arterial en 5, Nefropatías en 3, Diabetes - Mellitus en 9 de las pacientes estudiadas. Del grupo estudiado 39 pacientes ,reportaron haber padecido en alguna etapa de su vida , previo al embarazo actual , los siguientes cuadros nosológicos, pa-

rasitosis en 21 pacientes (53.8 %), infección del tracto urinario bajo en 12 pacientes (30.7 %) y en una paciente se le diagnosticó recientemente agenesia renal.

El grado escolar comprende 5 pacientes con Primaria, 6 con Secundaria, 7 con Bachillerato, Equivalente a Bachillerato 4, Carrera Comercial 6 y 11 Carrera Profesional. De ellas 16 (41.%) realizan actividades ocupacionales fuera del hogar y 23 exclusivamente se dedican al hogar ( 59%).

Del grupo estudiado 39 pacientes ,presentaron bacteriuria asintomática 13 pacientes (33.3 %) de las cuales 10 (79.9 %), corresponden al grupo de edad comprendido de los 20-29 años, 2 al grupo de edad de 15-19 y una al grupo de 30-34 años.(cuadro # 2).

En el grupo de las 13 pacientes con bacteriuria asintomática 2 presentaron antecedentes Heredo-familiares positivos a Nefropatía y 3 a Diabetes Mellitus.

Se reporta la existencia de antecedentes personales patológicos previos a la gestación actual, de parasitosis en 10 de las 13 pacientes (76.9 %), enuresis en la infancia en 7 de las 13 pacientes (53.8%), infección del tracto urinario agudas en 8 de las 13 pacientes (61.5 %).

Antecedentes Gineco obstétricos , 10 pacientes fueron primigrávidas (76.9 %) y las restantes secundigestas (23.1 %). De las

últimas el embarazo previo fué de término en 2 pacientes y en una fué un parto con producto inmaduro, óbito. (Cuadro # 3).

En el Estado Actual, 8 pacientes presentaron infección del tracto genital, de las cuales 2 tubieron exudado cervicovaginal positivo a Gardnerella Vaginalis, mismas que culminaron su embarazo al término pero con ruotura prematura de membranas y una de ellas con datos de Corioamnioitis importante, las 6 restantes con exudado vaginal negativo y 2 pacientes presentaron infección del tracto urinario en el transcurso del estudio.

Del total de las 13 pacientes en las cuales el EGO fué positivo a bacteriuria asintomática, el estudio del urocultivo fué positivo en las 13 (100%), la bacteria aislada más común fué Eche richia Coli, sólo una paciente presentó E. Coli y S. Aureus. Posterior al tratamiento con ampicilina los estudios de control reportaron positividad en el urocultivo de 3 de las 13 pacientes, siendo necesario su manejo con Nitrofurantofina.

La bacteriuria asintomática fué manifiesta en el segundo trimestre del embarazo en 8 de las 13 pacientes y en el tercer trimestre en las 5 restantes. ( cuadro # 4 )..

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO NUMERO 1

BACTERIURIA ASINTOMATICA EN EL EMBARAZO  
EDAD DEL GRUPO ESTUDIADO.

GRUPO DE EDAD	No. DE PACIENTES	%
15 - 19	4	10.25
20 - 24	10	25.64
25 - 29	17	43.58
30 - 34	5	12.82
35 - 39	3	7.69
TOTAL	39	100 %

CUADRO NUMERO 2

**BACTERIURIA ASINTOMATICA EN EL EMBARAZO  
EDAD DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS CON  
BACTERIURIA ASINTOMATICA.**

EDAD	NO. DE PACIENTES	%
15-19	2	76.9
20-24	10	15.4
30-34	1	7.7
TOTAL	13	100 %

CUADRO NUMERO 3

BACTERIURIA ASINTOMATICA EN EL EMBARAZO  
 NUMERO DE GESTA EN QUE PREDOMINO LA BAC-  
 TERIURIA ASINTOMATICA.

GESTA	NO. DE PACIENTES	%
I	10	76.9
II	3	23.1
TOTAL	13	100 %

CUADRO NUMERO 4

BACTERIURIA ASINTOMATICA EN EL EMBARAZO  
 PERIODO DE GESTACION EN QUE PREDOMINO LA  
 BACTERIURIA ASINTOMATICA.

PERIODO DE GESTACION.	No. DE PACIENTES	%
I TRIM.	0	
II TRIM.	8	65.5
III TRIM.	5	38.5
TOTAL	13	100 %



**CONCLUSIONES ;**

Dentro de los grupos de población tanto en vías de desarrollo se considera que la edad óptima para la fertilidad de la mujer es la comprendida de los 20 a los 29 años. En nuestro grupo de estudio en los grupos de edad de 20 a 29 años correspondió a 27 pacientes con un 69.2 % del total del estudio. De las cuales 10 de las 13 pacientes con bacteriuria asintomática se encontraron en éste grupo, lo cual concluye por sí solo, que el mayor grupo en el cual existe embarazo, este predispuesto a sufrir este trastorno.

En el presente estudio , no fue posible valorar el total de embarazadas que acuden al Hospital General del ISSSTE en Chilpancingo ya que el mismo se concreto a una parte de la población asistente. Más sin embargo corresponde al 3.8 % del total de mujeres en edad reproductiva de dicho consultorio. Quedando abierta la posibilidad de que la frecuencia de la bacteriuria asintomática sea mayor que la reportada por Anderson y Cols. (1), Lawrence y Cols. (6) y Romero y Cols. (15).

Camacho y Cols. (9) asocian la bacteriuria asintomática con la cervicovaginitis en un 12 % ,mientras que en nuestro estudio el proceso se encontró en 81.5 % de las 13 pacientes a pesar --

de ser exclusivo el reporte de microorganismos patógenos en 2 de ellas, lo cual corresponde al 15.3 % aún muy por arriba de sus reportes.

Dentro de los factores etiológicos Mayer (17), reporta en un 90 % de los casos a bacilos gram-negativos aerobios, de ellos la Escherichia Coli, mientras que para Anderson(1). Salmón (2), James (3). Figueroa (5), Lawrence (6), Ochoa(10), Calderón (12), Maxwell -- (14), Wilson (16), Meyer (17) y Washington (19), la Escherichia Coli ocupa el 80 % de los casos.

En nuestro estudio , superó lo reportado por éstos autores, ya que del total de las 13 pacientes con bacteriuria asintomática el 100 % fué positivo a Escherichia Coli.

Finalmente consideramos que el manejo oportuno y adecuado de la bacteriuria responde adecuadamente a los antimicrobianos y permanece libre de infección el resto del embarazo lo cual virtualmente, nos asegura la prevención del parto pretérmino hecho que es relevante en nuestro estudio, ya que solamente 2 de las 13 pacientes con bacteriuria asintomática presentaron complicación con ruptura prematura de membranas, 15 % llegando todos los embarazos al término del mismo.

Este dato está en relación a los últimos estudios realizados en las unidades de Obstetricia que cuentan con una clínica de prevención del parto pretérmino (20) .,

Por lo tanto el presente estudio queda como un precedente y como un camino abierto a la investigación, futura, de nuestra Institución.

## CAPITULO VI .

### BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Anderson PI, Engberg GL, Lincoln RH., Urinary Tract Infection Infec Inmun 1991;59:2915-1921.
- 2.- Salmón LE., Infección de Vías Urinarias. Ped IV 1993;95:2811-2813.
- 3.- James RJ. Infección de Vías Urinarias Selección del Mejor Medicamento. Infect. 1993;5:263-266.
- 4.- Estévez LR. Infección Urinaria e Incontinencia de orina. Infect. 1993;34:2946-2951.
- 5.- Figueroa RD., Arredondo GJ. Patogénesis y Manejo de la Infección Urinaria Durante la Gestación. Per Rep Hum 1993;7:79-84.
- 6.- Lawrence RS. and Mc Guinis M. Detección de Bacteriuria, Hematuria y Proteinuria Asintomática. Med In Rev 1993;1:14-16.
- 7.- Figueroa DR., Soriano BD., Arredondo GL. Perfil Clínico Microbiológico de la Infección Urinaria por Staphylococcus en Pacientes Gineco-Obstétricas. Ginec Obst Mex 1993;61:163-166.
- 8.- Celaya JA., Rosalez de la G BE., Ballesteros LN., Martínez HI., Bacteriuria Asintomática en los primeros 2 trimestres de la gestación, Revisión de 200 casos estudiados en el Hospital de Gineco-Obstetricia de Garza García N.L. Ginec Obst Mex 1992;60:18.
- 9.- Camacho DM., Velazco SG., Escobedo AF., Ahued AR. C.H. "20 de Noviembre" ISSSTE. Correlación de Cervicovaginitis con Bacteriuria Asintomática en embarazo de 20-37 sem de Gestación. Ginec Obst Mex 1992;60:19.
- 10.- Ochoa TM., Quintero AJ., Tecio GM., IMSS Monterrey. Detección de Bacteriuria Asintomática Durante el embarazo. Ginec Obst Mex 1992;60:19.

- 11.- Rickwood AM., Carty HM., Mckendrick T., Williams MP., Jackson M. Current imaging of Chid Hood Urinary Infections: Prospective Suvey. B M J 1992;304:663-665 .
- 12.- Calderón JE., Arredondo GJ., Olvera SJ., Echaníz AG., Conde GC. Nevarez HP. Prevención de la Infección Urinaria durante la Gestación en pacientes con Bacteriuria Asintomática. Ginec Obst Mex 1989;57:90-96.
- 13.- Ramos LG., Casas Rl., Alemán RM., Zepeda MA. La Urosepsis como factor importante en la etiología del parto pretérmino Gi-- nec Obst Mex 1992;60:25.
- 14.- Maxwell GL. and Watson WJ. Preterm Prematyre Rupture of Mem branes: Results of Expectant Management in Patients With -- Cervical Cultures Positivos for group B Streptococcus of -- Neiseria Gonorrhoeae, Am J. Obstet Gynecol 1992;166:945-949
- 15.- Romero R., Moshe Mozor. Infección y trabajo de parto pretér mino Clin Med Obst y Ginec Nort 1989;3:346-449.
- 16.- Wilson JD. and Cols. Infecciones de las vias Urinarias y -- Pielonefritis. Med Int H 1992;1 :634-639.
- 17.- Meyer AB, Gonik B. Infección del Tracto Urinario Durante el Embarazo: Fisiopatología y tecnicas de Diagnóstico y Trata-- miento INPer 1988;33-40.
- 18.- Infecciones Urinarias Procedimientos en Obstetricia. IMSS - Hosp Ginec y Obst 1992:233 .
- 19.- Washington JA. Bacteriología Medica. Dx Tx Clin por Lab 19- 93;1063-1064.
- 20.- Muñoz H. y Cols. Papel de la infección en el Parto Pretérmi no. INPer 1994;8:190-206.

- 21.- McGregor JA., French JL., Richter R y Cols. La Asociación entre los Factores Maternos y Microbiológicos de Riesgo Prenatal y la Prematurez. Trab Dist Obst y Ginec 1991;5:4 .
- 22.- Manzanilla HA., Argueta V. Embarazo y Riñón. Medicine 1991;31 2146-2149.
- 23.- Criffith CJ. Infección Urinaria en la Mujer Joven. Infec -- 1993;11:643-652 .
- 24.- Serra CA. Alteraciones Urinarias Asintomáticas . Medicine - 1991;31:2142-2145 .
- 25.- Manual de Tecnicas y Procedimientos en Laboratorio ISSSTE .- 1990;10:49-52.
- 26.- Jimenez JF y Vera CD. Infección Urinaria. Medicine 1991;3:-- 2093-2101.
- 27.- Orrantia RD. Infección de Vias Urinarias Manejo Práctico en el consultorio. Avan Infect . 1993;3:3-9.
- 28.- Vadillo OF y Cols. Ruptura prematura de membranas:Mecanismos de la enfermedad. 1994;8:180-189.
- 29.- Wendell GD., Gilstrap LC. Infección Urinaria Durante la Gesta ción. INPer 1988;44-51.