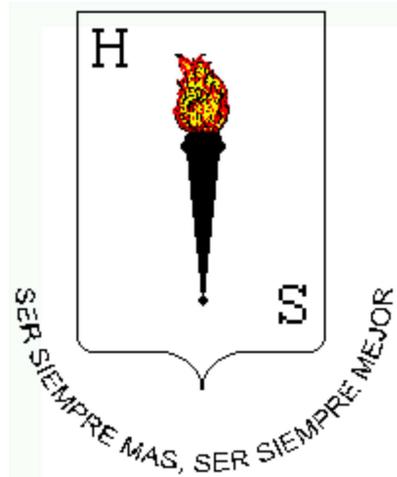


**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD**

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

ALUMNA:

ELIZABETH MOSQUEDA CERVANTES

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

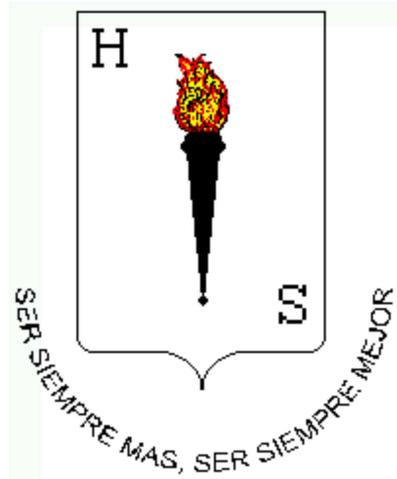
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD**

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

ALUMNA:

ELIZABETH MOSQUEDA CERVANTES

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico a mis padres por estar a mi lado en cada momento de mi vida, por brindarme de su apoyo, tenerme paciencia y brindarme su confianza para lograr mis metas y aprovechar cada uno de los momentos que se me presentan en la vida.

A mis profesores que me compartieron de sus conocimientos y me brindaron de su tiempo para poder lograr mis metas, gracias a ellos logre llegar hasta aquí porque confiaron en mí y me formaron en mi profesión así como en mi vida personal y que irá creciendo cada día, debido a que este camino aún no termina.

A mi familia en general porque confiaron en mí y pusieron un granito de arena en mi vida, por sus consejos, y gran apoyo que siempre tuve de su parte mil gracias por todo, por no dejarme caer y cometer errores de los que me pueda a arrepentir.

GRACIAS.

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios por darme la oportunidad de vivir, y de tener a mis padres ya que sin ellos no hubiera llegado hasta aquí, por regalarme cada día e instante esos momentos de felicidad, por ayudarme a seguir y cumplir una meta más de mi vida.

A las personas más valiosas que me dieron la vida, y me dieron la oportunidad de llegar hasta aquí, a mi mamá María del Carmen Cervantes Rea y a mi papá Vicente Mosqueda Torres, gracias por darme la dicha de ser su hija y por confiar en mí, y sobre todo por el gran amor que me han brindado.

A mis hermanos por estar cerca de mí y por su confianza, a mi hermana Gloria Mosqueda Cervantes, mi hermano José Guadalupe Mosqueda Cervantes y mi cuñado Antonio Vázquez Vélez que también ha sido base de este logro, muchas gracias por su confianza y gran apoyo incondicional.

A mi familia que siempre estuvo y esta a mi lado en este gran camino que recorrí y que se que aun no termina, por compartir grandes momentos de felicidad y a enseñarme que si se puede lograr todo lo que me proponga y recorrer más caminos.

A todos ustedes y los que formaron parte de este camino GRACIAS.

INDICE GENERAL

Introducción.....	I
-------------------	---

CAPITULOS I

CONSTRUCCIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

Antecedentes del problema.....	III
Planteamiento del problema.....	III
Fuente del problema	IV
Pregunta de investigación	IV
Objetivos	IV
Objetivo general	IV
Objetivos específicos	IV
Justificación del problema	V
Hipótesis	VI
Variables	VI
Variable independiente.....	VI
Variables dependientes.....	VI

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

2 Mujeres de 20 a 35 años.....	2
2.1 ¿Como reducir los riesgos de complicaciones durante el embarazo?	7
2.1.1 Infecciones de vías urinarias durante el embarazo	10
2.1.2 Existen infecciones de acuerdo a su sintomatología.....	13
2.2 Pielonefritis.....	13
2.2.1 Etiología	14
2.2.2 Fisiopatología	14
2.2.3 Diagnostico	15
2.2.4 Tratamiento	15

2.3 Aborto.....	17
2.3.1 Definición	17
2.3.2 Frecuencia	17
2.3.3 Etiología	18
2.3.3.1 Factores ovulares	18
2.3.3.2 Factores materiales.....	19
2.3.3.3 Causas locales.....	19
2.3.3.4 Causas generales	19
2.3.3.5 Causas paternas	19
2.3.4 Diagnostico	20
2.3.5 Tratamiento	21
2.3.6 Complicaciones del aborto	23
2.3.6.1 Hemorragias.....	23
2.3.6.2 Infección.....	24
2.3.6.3 Shock séptico.....	24
2.3.6.4 Insuficiencia renal aguda.....	25
2.3.6.5 Traumatismos.....	25

CAPITULO III MARCO METODOLOGICO

Metodología	27
Tipos de estudio.....	27
Sujetos a estudiar	28
Universo	28
Muestra	28
Confiabilidad y validez.....	30
Técnicas utilizadas.....	30

CAPITULO IV DESCRIPCIÓN Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Resultados de encuestas	32
-------------------------------	----

CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Conclusiones.....	55
-------------------	----

BIBLIOGRAFIA Y REFERENCIAS ELECTRONICAS	57
---	----

ANEXOS	60
--------------	----

INTRODUCCION

En el presente trabajo se hablará de lo que son las infecciones de vías urinarias y su importancia que se tiene, los factores que las producen, así como las complicaciones, estas infecciones se presentan en mujeres embarazadas debido a su cambio metabólico y su higiene.

Se enfatizará los cambios, tanto mecanismos como secundarios al influjo hormonal, que sufren las vías urinarias durante el embarazo y que predisponen o favorecen la presencia de infecciones de vías urinarias.

Así mismo, se busca establecer su significado en términos de repercusión materno-fetal, incidencia, momento y método de diagnóstico, grados de severidad y manejo actual de las infecciones de vías urinarias en el embarazo para así tratar de disminuir la morbimortalidad que esto genera.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La delimitación esta en las edades que se generaron para poder saber en donde repercuten mas estas complicaciones, dichas edades son en mujeres de 20 a 35 años en las cuales se llevo la investigación, y así establecer parámetros que nos puedan dar un mejor resultado.

Una Infección de Vías Urinarias se puede presentar en varias ocasiones y en cualquier etapa del embarazo, pero en los primeros meses podría ser una fuerte amenaza de aborto porque el producto apenas se está fijando en el útero.

Ya que estas infecciones son muy frecuentes durante el embarazo y a ido incrementando su actividad en la proliferación de bacterias que las producen y llegan a provocar un aborto.

Parte de los síntomas más frecuentes de las infecciones de vías urinarias son ardor al orinar, cólicos, desecho amarillento o verdusco, malestar general, los cuales se pueden tratar en el control prenatal pero algunos de estos síntomas se toman como algo normal en mujeres que no acuden a revisión o que no tienen conocimiento de ello y cuando lo hacen es porque ya se ha presentando un sangrado abundante que las hace acudir al médico.

Por todo lo anterior nos podemos preguntar:

¿En las mujeres embarazadas de 20 a 35 años, el factor condicionante para que se presente un aborto es la frecuencia de infecciones de vías urinarias altas?

Hablaremos primeramente de las mujeres entre 20 a 35 años de edad de su vida reproductiva para poder tener un embarazo saludable, ya que existen complicaciones debido a las infecciones que se puedan presentar y puedan producir un aborto. Esto nos indica que las mujeres mayores de edad tienen mayor predilección para o padecer una infección.

2. MUJERES DE 20 A 35 AÑOS

Actualmente el número de mujeres que tienen un hijo a partir de los 35 años es mayor que hace algunos años. Los grandes avances llevados a cabo por el mundo de la medicina han ayudado a las mujeres mayores de 35 años a tener embarazos más saludables. Sin embargo, estudios recientes también han puesto de manifiesto una clara relación entre la edad y determinadas complicaciones.

En las mujeres mayores de edad se considera que los riesgos de tener complicaciones son mayores que en las mujeres jóvenes, ya que un embarazo después de los 35 años puede ser más riesgoso que uno que ocurra entre los 20 y 30 años. Por lo que se debe tomar en cuenta prevenir las complicaciones y algunos riesgos de acuerdo a: American Society for Reproductive Medicine (ASRM) (2003).

- “Las mujeres mayores de 35 años tienen menor probabilidad de sufrir un aborto, parto prematuro y muerte del feto que las adolescentes embarazadas, pero tienen mayor riesgo en comparación con las mujeres entre los 20 y 34 años.
- Las mujeres embarazadas en esta edad, son dos veces más propensas que las de entre 20 y 34 años a desarrollar tensión arterial alta o diabetes por primera vez durante el embarazo. Enfrentan,

además, un mayor riesgo de sufrir problemas cardiovasculares y sangrados.

- Existe un riesgo mayor de que se produzcan problemas en la placenta. El problema más frecuente es la placenta previa (la placenta cubre parte o la totalidad de la abertura del cuello del útero). La placenta previa puede causar graves hemorragias durante el parto que pueden poner en peligro a la madre y al bebé, pero a menudo es posible evitar estas complicaciones mediante una intervención por cesárea.
- Los resultados de algunos estudios sugieren que las madres primerizas de 35 años o más tienen más probabilidades de tener un bebé de bajo peso al nacer (menos de 5,5 libras [2,5 kg]) o prematuro (nacido a una edad gestacional de menos de 37 semanas).
- Las mujeres primerizas mayores de 30 años, generalmente enfrentan un parto más complicado, lento y doloroso.
- En estos casos, el 80 por ciento es sometida a una cesárea. También son más propensas a tener gemelos o trillizos.
- Se ha visto también que las mujeres de más de 35 años tienen un riesgo mayor de embarazo ectópico

(en el que el óvulo fertilizado se implanta fuera del útero, por lo general en la trompa de Falopio).

- Una de las grandes preocupaciones del embarazo en esta etapa, es la alta probabilidad de tener niños con desórdenes genéticos.
- El problema más común, es el nacimiento de niños con Síndrome de Down, el cual es causado por la presencia de un cromosoma adicional, y que puede provocar al bebé retardo mental y ciertas anomalías físicas.” (pp.33-40)

Todas estas complicaciones mencionadas son necesarias tomarlas en cuenta debido a que si existe un embarazo en una mujer mayor de edad puede tener severos riesgos al establecer una fertilidad a partir de esa edad ya que experimentan una disminución y les lleva más tiempo de concebir que a una mujer joven.

Esto puede producirse debido a una frecuencia de ovulación o por el simple hecho de que son mujeres que no tienen establecida una planificación familiar que las lleve a tener en cuenta cuántos hijos tener y en qué momento de su vida tenerlos.

La infertilidad también puede ser un caso por el cual tarde en presentarse un embarazo, pero aun así puede haber o llevarse con éxito, también tienen una mayor posibilidad de tener gemelos o trillizos debido a su edad.

Es importante tomar en cuenta las visitas al médico antes de intentar concebir, ya que ayuda a asegurarse que la mujer se encuentra en el mejor estado de poder hacerlo.

Esto es importante debido a que por su edad presentan ciertas enfermedades que pueden complicar su embarazo, algunas de las mujeres mayores presentan problemas de salud crónicas como, diabetes o hipertensión arterial.

Estas condiciones que son más comunes en mujeres mayores de edad pueden poner en peligro su salud tano de ella como de su bebe.

Los problemas de salud también pueden ocurrir por primera vez durante el embarazo, según un estudio de la escuela de medicina Mount Sinaí de la ciudad de Nueva York (1990).

“Demostró que es dos veces más probable que una mujer de más de 35 años de edad desarrolle alta presión arterial y diabetes que una mujer de entre 20 y 30 años”.

“Un estudio realizado por la misma institución en (1996) determinó que las mujeres de 40 años de edad o más tenían tres veces más probabilidades de contraer diabetes y casi el doble de probabilidades de desarrollar alta presión arterial durante el embarazo que las mujeres de entre 20 y 30 años”.

“De la misma manera, un estudio realizado en (1999) en la Universidad de California en Davis, descubrió que las madres primerizas de más de 40 años tenían un 60 por ciento más de probabilidades de desarrollar alta presión arterial y cuatro veces más probabilidades de contraer diabetes durante el embarazo que las madres de entre 20 y 30 años”.(pp.45-52)

Por esta razón es sumamente importante que las madres de mayor edad obtengan cuidados prenatales desde temprano y en forma regular.

Por lo general, estos trastornos no presentan grandes riesgos a la madre o al bebé cuando se los diagnostica en forma temprana y se practica el tratamiento adecuado.

La mayoría de los abortos ocurren durante el primer trimestre de embarazo en las mujeres de cualquier edad.

Se considera que el riesgo de aborto es de entre el 12 y 15%, a medida que se tiene mayor edad esto va aumentando y se considera un gran riesgo para la mujer y su bebé.

Existen ciertas complicaciones que se deben tener en cuenta, ya que no son las únicas que se pueden presentar durante el embarazo, existen las infecciones urinarias que se producen durante la concepción de la pareja estas infecciones también son importantes detectarlas a tiempo ya que no nos damos cuenta de las complicaciones que después puedan desarrollarse.

Las mujeres embarazadas que tienen 35 años o más deben enfrentar riesgos especiales, pero muchos de ellos pueden controlarse eficazmente con un buen cuidado prenatal. Es importante además tener en cuenta que el mayor riesgo, incluso para las mujeres mayores, es residuo.

El riesgo de tener un bebé con algún defecto congénito relacionado con los cromosomas, aumenta con la edad. El síndrome de Down es el más común de estos defectos congénitos cromosómicos.

Los niños afectados nacen con diferentes grados de retraso mental y defectos físicos. El riesgo de una mujer de tener un bebé con síndrome de Down es el siguiente:

- A los 25 años, una probabilidad de una en 1,250
- A los 30 años, una probabilidad de una en 1,000
- A los 35 años, una probabilidad de una en 400
- A los 40 años, una probabilidad de una en 100
- A los 45, una probabilidad de una en 30
- A los 49, una probabilidad de una en 10.

Según El Colegio de Obstetras y Ginecólogos de los Estados Unidos (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG), la clasificación es acorde a la edad y su probabilidad de que tengan síndrome de Down.

2.1. ¿Cómo reducir los riesgos de complicaciones durante el embarazo?

La mayoría de las mujeres de más de 35 años puede suponer que tendrá un embarazo saludable. Las mujeres de todas las edades pueden mejorar sus probabilidades de tener un embarazo saludable siguiendo estos consejos:

- “Realizarse un examen con su médico antes del embarazo.
- Obtener atención prenatal con regularidad desde el comienzo del embarazo.
- Tome un complejo multivitamínico que contenga 400 microgramos de ácido fólico diariamente, desde antes de concebir y durante los primeros meses del embarazo, para prevenir los defectos del tubo neural.

- Comenzar el embarazo con un peso saludable (ni muy alto ni muy bajo).
- No beber alcohol.
- No fumar y evitar la exposición al humo del cigarrillo de otras personas.
- No consumir ninguna droga o medicamento, ni siquiera los de venta libre o a base de hierbas, a menos que le hayan sido indicados por un profesional que sabe de su embarazo.
- Comer alimentos nutritivos, incluyendo alimentos que contengan ácido fólico y folato, la forma de ácido fólico que se encuentra naturalmente presente en alimentos como cereales enriquecidos para el desayuno, otros productos a base de cereales enriquecidos, legumbres, verduras de hojas verdes y jugo de naranja.
- No consumir carne poco cocida ni cambiar la arena higiénica del gato. Ambas son posibles fuentes de toxoplasmosis, una infección que puede causar defectos congénitos.
- No comer pescados que pueden tener un alto contenido de mercurio. Limitar el consumo de atún blanco”. (pp. 51-56.)

Debido al gran desarrollo que se ha obtenido en la tecnología, la cultura y la educación, muchas mujeres deciden su embarazo a temprana edad ya que se obtiene un nivel de riesgo importante en edad mayor.

Es por eso que las mujeres se preparan desde temprana edad para procrear un nuevo ser.

La mayoría de estas mujeres se han puesto en marcha para procrear en su edad reproductiva, debido al temor que se tiene cuando son de edad mayor, o al no poder ser así sienten la necesidad de concebirlo para sentirse plenas de que aun pueden dar vida.

Se ha observado que también la educación y forma de vida afecta a estas personas debido a que se dejan influenciar por su entorno, se dejan manipular por las críticas que se escuchan por doquier, no hacen una investigación propia para su conocimiento de lo que en verdad es lo que ocurre y así poder tener una mejor visión de sus preocupaciones que las hacen deprimirse.

Antes de intentar concebir, y sin importar su edad, toda mujer debe consultar a su doctor. Debido a que ayuda a asegurar que la mujer se encuentra en el mejor estado posible para hacerlo.

Es de suma importancia cuando una mujer tiene un problema de salud crónico, como diabetes o alta presión arterial, ya que estas enfermedades pueden causar diversos problemas que repercutirán en el bebé, se debe tener un cierto control sobre esto para poder evitarlos.

Estas condiciones, son mucho más comunes entre las mujeres de entre 35 y 50 años de edad, pueden poner en peligro la salud de la mujer embarazada o la de su bebé.

Pero la supervisión cuidadosa del médico desde antes de concebir y durante el transcurso de todo el embarazo puede reducir los riesgos relacionados con estas condiciones y, en la mayoría de los casos, resultar en un embarazo saludable.

Por esta razón es sumamente importante que las madres de mayor edad obtengan cuidados prenatales desde temprano y en forma regular.

Por lo general, estos trastornos no presentan grandes riesgos a la madre o al bebé cuando se los diagnostica en forma temprana y se practica el tratamiento adecuado.

Como se ha mencionado anteriormente de que toda mujer de edad mayor que desea concebir presenta diferentes enfermedades debido a su edad reproductiva y desde el acto sexual a las grandes bacterias que se pueden presentar y afrontar.

En este apartado se muestra una de esas enfermedades que se presentan en la mujer cuando comienzan su edad reproductiva, una de esas son las infecciones comunes que se presentan y que son causa de ciertos problemas para cuando se está embarazada, las cuales son: infecciones de vías urinarias.

2.2 Infecciones de vías urinarias durante el embarazo

Según Héctor Mondragón (1991) las infecciones de vías urinarias se definen como el establecimiento y multiplicación de microorganismos.

Estas infecciones han dado énfasis durante el estado gravídico puerperal, debido a la elevada frecuencia en la mujer embarazada; el manejo terapéutico y la manifestación sobre el feto y sobre algunas complicaciones como: la toxemia en la que se discute su relación con la hipertensión arterial durante la gestación.

En todas las edades se han visto problemas de infección urinaria, debido a la cual muchas mujeres tienen riesgos en su embarazo.

Según Kass y Kunin (1972) observan una frecuencia en el 1.2% de niños recién nacidos, y una frecuencia de 4.5% en lactantes, en niñas de edad escolar se observa una frecuencia de 1.2% contra 0.3% de niños en la misma edad.

En la vida reproductora de la mujer, la infección urinaria tiene importancia en cuanto a su repercusión sobre el feto por lo cual es un problema que se debe tratar a tiempo para que no sea más grave y poder tener alguna otra complicación tanto de la mamá como del bebé.

La coincidencia de una infección de vías urinarias durante el embarazo tiene importancia porque:

- a) El embarazo predispone a la aparición de infecciones, a causa de los cambios anatómicos y fisiológicos que se observan en el sistema urinario durante el mismo.
- b) Una infección de vías urinarias preexistente al embarazo puede agravarse.
- c) Se ha informado de asociación de prematuridad y de ruptura prematura de membranas con bacteriuria asintomática.

Pero también existen otros factores predisponentes que son:

- Presencia de malformaciones congénitas urinarias.
- Reflujo vesicoureteral.
- Obstrucción por bridas postquirúrgicas.
- Litiasis
- Vulvovaginitis.

- Diabetes mellitus.
- Sondeos urinarios.
- Coito frecuente
- Mala higiene perineal.

Estas son algunas complicaciones que pueden llevarnos a tener una infección de vías urinarias.

Según la doctora Eliana Cejudo Carranza (2004) las infecciones de vías urinarias se detectan en el 2 al 8% de las mujeres embarazadas, de las cuales pueden ser sintomáticas de las vías superiores, suelen ser muy frecuentes durante la gestación.

Se dice que aproximadamente del 20 al 30% de las mujeres con bacteriuria asintomática desarrollan una pielonefritis; la infección de las vías superiores durante el embarazo se debe a disminución del tono uretral, disminución de la perístalsis uretral e incompetencia temporal de las válvulas vesicoureterales.

Existen diversos factores que pueden favorecer la infección de vías urinarias como lo son las caracterizaciones de la vejiga por alguna otra complicación médica del embarazo, así como durante y después de parto.

De tal manera que existe una gran incidencia de niños con bajo peso al nacer, parto prematuro y mortalidad neonatal debido a las infecciones superiores.

Se observa que el principal problema de las infecciones de vías urinarias radica en que no se detectan en forma temprana, y si se realiza el diagnóstico, no se actúa en forma radical y específica por motivo de la gestación.

2.2.1.-Existen infecciones de vías urinarias de acuerdo a su sintomatología las cuales son:

1. Asintomáticas:
 - a) Uretritis
 - b) Bacteriuria asintomática

2. Sintomáticas
 - a) Pielonefritis
 - b) Cistitis

En las infecciones de vías urinarias la clasificación repercute mas en las infecciones altas las cuales tienen mayor importancia debido a su estado gravídico, y una de las principales es la pielonefritis.

2.3 Pielonefritis

La cual es una bacteriuria significativa, sintomática asociada con inflamación del parénquima, cálices y pelvis renal en conjunción con síntomas que incluyen fiebre, escalofríos, dolor en ángulo costovertebral, náusea y vómito.

Según el doctor Cuauhtémoc Celis (2004) la pielonefritis ocurre hasta en un 3% de las embarazadas y dos terceras partes de los casos tienen el antecedente de bacteriuria asintomática.

La pielonefritis es más común en el segundo y tercer trimestre, aproximadamente del 75 al 80% de los casos ocurren del lado derecho, un 10 a 15% ocurren del lado izquierdo y un menor porcentaje en ambos lados.

2.3.1 Etiología

Las bacterias aisladas más a menudo son bacilos gramnegativos, entre los que destacan:

Escherichia coli uro patógeno que se encuentra en el 63 al 85% de los casos de pielonefritis aguda. Le sigue otras como la *Klebsiella*, *Proteus*, *Enterobacter*, *Staphylococcus* y *Trichomonas*.

Se ha considerado la segunda especie en infecciones de vías urinarias de la mujer y además causa recidivas frecuentes, la presencia de esta infección en una mujer embarazada es de gran importancia para poder concebir un bebé.

2.3.2 Fisiopatología

Existen cambios hormonales y mecánicos del aparato urinario durante el embarazo que predisponen a la infección. Como lo son algunos de ellos:

- Hidroureter y dilatación de la pelvis renal desde la séptima semana del embarazo y principalmente en la segunda mitad del mismo.
- Aumento de tamaño de los riñones, aproximadamente de un centímetro.
- Hipotonía vesical, mediada hormonalmente con aumento de la capacidad de llenado y vaciamiento incompleto, lo que predispone a reflujo vesicoureteral y acceso a las vías urinarias superiores.
- Hay cambio de posición de la vejiga, que descansa más como un órgano abdominal que pélvico durante el embarazo.
- Aumento del pH urinario por el incremento en la excreción de bicarbonato que, asociado con la glucosuria y aminoaciduria, facilita el crecimiento bacteriano y disminuye su actividad antibacteriana.

El acceso de las bacterias al sistema urinario se da por tres diferentes vías:

- I. Vía ascendente, la cual es la más común y se debe a la migración transuretral de bacterias.
- II. Vía descendente, se debe a los implantes hematogenos de bacterias, lo cual se ve favorecido por el considerable flujo sanguíneo renal (que es 25% del gasto cardiaco) y la elevada presión hidrostática capilar.
- III. Vía linfática, es secundaria la presencia de conductos linfáticos que interconectan el intestino grueso y el sistema urinario.

2.3.3 Diagnóstico

Es fundamentalmente clínico, pero el definitivo se hace con la confirmación microbiológica de un uro patógeno vesical o del aparato urinario.

El diagnóstico se puede establecer al encontrar bacterias en la tinción de Gram o al detectar más de 50 leucocitos en un campo de alto poder.

2.3.4 Tratamiento

El manejo externo se valora cuidadosamente y se aplica a casos seleccionados en los cuales no exista bacteriemia.

En el caso de haber optado por el manejo fuera del hospital, las opciones de agentes por vía oral incluyen 875 mg amoxicilina más 125 mg de ácido clavulánico dos veces al día o una tableta de trimetoprim-sulfametoxazol dos veces al día por 10 días, principalmente en el segundo trimestre. Otra opción es 1 o 2 g de ceftriaxona intramuscular diariamente.

Sin embargo, el manejo suele ser dentro del hospital para una mayor vigilancia tanto de la madre como del hijo. El tratamiento debe incluir hospitalización, vigilancia del

bienestar fetal, hidratación parenteral, analgésicos y antipiréticos derivados del paraaminofenol y antibióticos parenterales.

En ocasiones también puede haber cuadros sépticos de los cuales se pueden agravar, y requieren un tratamiento severo que tiene que hospitalizarse y ser sometida a un tratamiento enérgico que incluye:

- a) Hidratación parenteral
- b) Control de la ingesta y excreta de líquidos.
- c) Balance de electrolitos
- d) Monitorización de la función renal
- e) Monitorización del estado fetal
- f) Antibioticoterapia.

En casos de pielonefritis severa se deben evaluar respuestas terapéuticas de 48 horas, por si no hay mejoría para que se ajuste el esquema antibiótico de acuerdo a los cultivos y a la posible resistencia bacteriana al antibiótico.

Esta infección abarca una gran importancia en la mujer embarazada debido a la gravedad que se puede presentar tanto para la mamá como para el bebé. Esta es la infección mas frecuente que se puede presentar en una mujer embarazada y que puede causar ciertos daños hasta llegar a provocar un aborto el cual toda mujer presenta por infecciones urinarias.

En la mayoría de los casos estas causas no siempre son la razón para que se presente el aborto, pero debemos tomar en cuenta que la infección es muy común cuando se tiene una edad reproductiva y que a lo largo del tiempo puede presentarse como una complicación severa.

Para esto las infecciones de vías urinarias provocan un riesgo importante en el embarazo induciendo a la mujer embarazada a un aborto.

La mayoría de los abortos ocurren durante el primer trimestre de embarazo en las mujeres de cualquier edad. Se considera que el riesgo de aborto es de entre el 12 y 15%, a medida que se tiene mayor edad esto va aumentando y se considera un gran riesgo para la mujer y su bebé.

2.4 Aborto

2.4.1 Definición

Según Héctor Mondragón (1991) el aborto es la expulsión del producto de la concepción antes de que ocurra la viabilidad (20 semanas o 400 gramos). Según Héctor Mondragón en su libro Ginecoobtetricia Elemental.

2.4.2 Frecuencia.

De acuerdo a la El aborto espontaneo se presenta con frecuencia de 10% del total de embarazos; aumenta en razón directa de la edad materna y del número de embarazos previos.

El aborto provocado carece de estadísticas fidedignas debido a que no está legalizado en México. Constituye un problema de salud pública por la elevada morbilidad que ocasiona al efectuarse frecuentemente en condiciones precarias.

2.4.3 Etiología

Según la etiología para Héctor Mondragón (1991) el aborto puede ser espontaneo o provocado. El aborto espontaneo es aquel en que no interviene ningún factor intencional de interferencia; ocurre generalmente 2 o 3 semanas después de la

muerte del embrión, al producirse zonas de necrosis e infiltración en el sitio de implantación embrionaria, con lo que se inicia su desprendimiento parcial o total.

La expulsión del contenido uterino se realiza debido a las contracciones del útero y la dilatación cervical.

El aborto provocado o inducido es aquel en que se interrumpe intencionalmente el embarazo.

En la etiología el embarazo espontaneo, intervienen factores ovulares, maternos y paternos.

2.4.3.1. Factores ovulares.

Son los más frecuentes (60% de todos los abortos). Están constituidos por alteraciones patológicas del huevo, incompatibles con su desarrollo; prácticamente todos muestran degeneración hidrópica. De ellas gran parte (22%) son de origen cromosómico (monosomía X, trisomía X, poliploide).

El resto lo constituyen defectos ovulares incompatibles con la vida, malformaciones del trofoblasto, placenta o cordón umbilical, etc.

2.4.3.2 Factores maternos.

El 35% del total de abortos se debe a causas locales y generales de origen materno.

2.4.3.3 Causas locales:

- Hipoplasia uterina.
- Útero arquato.
- Útero tabicado.

- Sinequias uterinas.
- Miomas uterinos.
- Insuficiencia cervical.
- Pólipos endometriales.
- Otros.

2.4.3.4 Causas generales:

- Traumatismos diversos.
- Hipertermia sostenida.
- Desnutrición.
- Avitaminosis.
- Deficiencias del cuerpo lúteo.
- Factores metabólicos.

2.4.3.5.- Causas paternas.

Únicamente el 2% de los abortos se debe a causas atribuibles al padre, como:

- a) Alteraciones en su forma cromosómica, y;
- b) Existencia de genes letales que no modifican el cariotipo.

Según Héctor Mondragón en su libro Ginecoobstetricia Elemental, en el momento en que se estudie un caso de aborto, puede presentar formas clínicas que se sintetizaran en el siguiente cuadro.

Cuadro 1 formas clínicas del aborto.

Síntomas	Amenaza de aborto	Aborto en evolución	Aborto inevitable	Aborto inminente
Sangrado	Cantidad	Abundante	Puede o no	Abundante

	variable		haber	
Dolor abdominal	Presente o ausente	Intenso progresivo	Puede o no haber	Intenso
Modificaciones cervicales	No hay	Borrado y parcialmente dilatado	No hay	Protrusión de contenido uterino
Membranas ovulares	Íntegras	Íntegras	Rotas	Íntegras o rotas

Cuadro 1. (Continuación.)

Aborto incompleto	Aborto completo	Aborto diferido	Aborto molar
Abundante	Bajo	No hay	Cantidad variable
Persiste el dolor	No hay	No hay	Puede o no haber
Permeable	No hay	No hay	Puede o no existir
Partes ovulares	No hay	Íntegras	Posible expulsión de vesículas

2.4.4 Diagnóstico.

Para diagnosticar el aborto, son de mucha importancia los datos mencionados en las formas clínicas, entre los que destacan son:

- Amenorrea.
- Síntomas de embarazo.
- Sangrado: escaso, intermitente al principio, indoloro; posteriormente abundante con coágulos y acompañado de dolor.
- Dolor: abdominal tipo cólico localizado en hipogastrio; en ocasiones irradiado a región sacrolumbar.
- Salida de líquido por vagina: ocurre en casos de aborto inevitable, en embarazos de 15 a 20 semanas.

- Modificaciones cervicales: la cérvix se encuentra formada y cerrada en casos de amenaza de aborto, y semiborrada, borrada y dilatada en los abortos en evolución e incompletos.
- Secreción hematurulenta fétida: en los casos de aborto séptico.
- Expulsión de vesículas: se presenta cuando existe aborto de embarazo molar.
- Falta de crecimiento uterino de acuerdo con amenorrea: en los casos de aborto diferido.

Según el libro de Obstetricia Operatoria de Douglas-Stromme, Edward J. Quilligan.

2.4.5 Tratamiento.

Cada forma clínica del aborto requiere tratamiento especial; si embargo como medidas generales podemos mencionar algunas:

- Biometría hemática, grupo y Rh
- Canalización de vena periférica con catéter.
- Hidratación adecuada y transfusión en caso necesario.
- Preparación de la paciente, tricotomía y arco perineal.
- Valoración anestésica.
- Anestesia general o con bloqueo.
- Aplicación de antibióticos en caso necesario previo al legrado.
- Aplicación de oxitócicos durante el legrado.

Existe un tratamiento específico en el cual la responsabilidad es directa del medico, y se muestra a continuación en el siguiente cuadro:

Cuadro 1.1 Tratamiento específico del aborto.

Forma clínica	Medidas terapéuticas
---------------	----------------------

Amenaza de aborto	<p>Reposo absoluto en cama</p> <p>Administrar sedantes ligeros</p> <p>Tranquilizar a la paciente y explicarle su problema</p> <p>Administrar inhibidores de las prostaglandinas</p> <p>Administrar progesterona solo en casos de deficiencia de cuerpo lúteo.</p>
Aborto inevitable y diferido	<p>Estimular con ocitoxina en caso necesario y efectuar el vaciamiento uterino</p> <p>Administrar tratamiento antibiótico</p>
Aborto en evolución, inminente o incompleto	<p>Acelerar la expulsión y practicar legrado uterino digito instrumental</p>
Aborto séptico	<p>Administrar tratamiento antibiótico en dosis altas, legrado uterino o histerotomía en bloqueo, según el caso.</p>

Según el libro de Obstetricia Básica Ilustrada muestra algunos antibióticos que se pueden administrar en casos graves de aborto séptico, utilizando uno solo o dos de ellos en forma simultanea.

- Penicilina cristalina 30 000 000 I.V en 24 horas (5 000 000 U.I. cada 4 horas)
- Ampicilina, 2g I.V. cada 6 horas.
- Cefalotina, 1 a 2g I.V. cada 6 horas
- Gentamicina, 60 a 80 mg I.M. cada 8 horas
- Clindamicina, 600 mg cada 6 horas I.V. o I.M.

- Kanamicina, 0.5 g cada 12 horas I.M.

2.4.6 Complicaciones del aborto.

Las complicaciones mas frecuentes de este cuadro son dos: la infección y la hemorragia, el shock séptico, la insuficiencia renal aguda y los traumatismos, todos estos pueden llegar a una gravedad tal que condicionen la perdida definitiva de la función reproductiva si requieren una histerotomía o, en algunos casos lamentables la muerte de la madre por anemia o sepsis.

A continuación se explicara de manera breve cada una de ellas para saber la gravedad con que se presentan en el aborto.

2.4.6.1 Hemorragias.

La hemorragia es el síntoma fundamental del aborto espontaneo del primer trimestre. Resulta difícil determinar cuándo la hemorragia deja de ser considerada una complicación.

A veces la perdida hemática repercute sobre el estado general de la paciente, provocando una anemia manifiesta e incluso un shock hemorrágico.

El control de la tensión arterial y el valor de la hemoglobina y del hematocrito sirve para controlar la intensidad de la hemorragia y la necesidad de reponer las pérdidas sanguíneas mediante transfusión de sangre.

2.4.6.2 Infección

La infección es la complicación más peligrosa del aborto en el primer trimestre del embarazo. Puede producirse en cualquier modalidad del aborto, es una complicación muy común en el aborto provocado.

La infección se produce por la llegada de gérmenes a la cavidad uterina, donde hay restos abortivos que faciliten la proliferación de los agentes microbianos.

Suele haber expulsión de exudado purulento maloliente a través de los genitales, y en la exploración de la palpación del útero y sus anejos es dolorosa. Los análisis de sangre ponen de manifiesto una leucocitosis intensa.

2.4.6.3 Shock séptico.

Es el más grave de las complicaciones infecciosas del aborto. Se presenta como consecuencia de la liberación de endotoxinas por agentes bacterianos. Las endotoxinas son lipoproteínas complejas hidrosolubles que se liberan de la pared celular al desintegrarse el germen.

En los casos con sepsis y shock, el 50% de las pacientes fallecen a pesar de recibir los mejores cuidados.

El cuadro clínico se caracteriza por su instauración brusca. La enferma, en una fase inicial, presenta fiebre alta, piel caliente y taquicardia moderada con diuresis normal. En una segunda fase aparece ya la hipotensión, que no se resuelve a pesar de administrarle líquidos abundantes por vía parenteral e incluso sangre.

Además, la enferma presenta palidez, piel fría e hipotermia y suele estar desorientada, con taquicardia y oliguria marcadas.

La fase terminal o irreversible del shock se caracteriza por hipotensión central, shock, acidosis metabólica y anuria que conduce a la muerte.

2.4.6.4 insuficiencia renal aguda.

Puede ser consecuencia de la infección o de la acción de sustancias empleadas para provocar el aborto. La diuresis va a ser el parámetro indicador de la evolución clínica. Esto sucede en las formas graves de shock endotoxínico, pero no se produce en las formas más leves.

El tratamiento se orienta al control del estado general, con el adecuado balance de líquidos, siendo necesaria la diálisis peritoneal o, mejor, la hemodiálisis.

2.4.6.5 Traumatismos.

Las lesiones son muy frecuentes y variadas, como consecuencia de abortos criminales realizados por manos inexpertas. En la actualidad quizá la más importante, es la perforación del útero.

Puede producirse en la realización del legrado: al introducir el histerometro, al proceder a la dilatación del cuello uterino o al hacer el legrado de las paredes uterinas.

Estas son las complicaciones más comunes para que se pueda presentar el aborto, cabe mencionar que va desde la principal hasta la que se tiene menos frecuencia, pero todas son importantes.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar la frecuencia de infecciones de vías urinarias altas que se presentan en mujeres embarazadas de 20 a 35 años y cuantos abortos hubo.

Objetivos específicos:

- Conocer la incidencia de infecciones de vías urinarias en mujeres embarazadas de 20 a 35 años para determinar la probabilidad de un aborto.
- Conocer si las infecciones de vías urinarias son más frecuentes en mujeres embarazadas de 20 a 35 años para que se presente amenaza de aborto.

HIPÓTESIS

El factor condicionante de aborto en mujeres embarazadas de 20 a 35 años es la frecuencia de infecciones de vías urinarias altas.

JUSTIFICACIÓN

En el embarazo se producen modificaciones anatómicas y funcionales que aumentan el riesgo de padecer una infección urinaria debido a que el útero se encuentra detrás de la vejiga, normalmente se llena y se vacía sin complicación.

En la mujer embarazada la infección de vías urinarias se puede presentar en cualquier etapa del embarazo, pero en los primeros últimos meses es la más frecuente.

Una infección leve que se puede complicar sino se detecta a tiempo provocando que entre el útero y la vejiga haya una mayor presión causando contracciones y sangrados, debido a que el producto apenas se está fijando en el útero.

Cuando el útero crece por el embarazo la vejiga pierde espacio y hay mucha orina residual que no se filtra bien, facilitando que las bacterias proliferen y se produzca la infección, y como consecuencia puede producir un aborto.

Se ha observado que en mujeres embarazadas de 20 a 35 años las infecciones de vías urinarias son el principal factor que causa un aborto espontáneo debido a que desconocen los signos y síntomas de alarma como son: ardor al orinar, dolor, cólico, malestar general, etc. Facilitando que las bacterias proliferen y se produzca la infección.

También influye el estatus cultural donde no se lleva a cabo una buena higiene de genitales y la nutrición es inadecuada, donde la ingesta de agua es insuficiente.

Por lo que es necesario que la mujer embarazada acuda a control prenatal desde el inicio del embarazo, para disminuir las probabilidades de una infección de vías urinarias que condicione daño al producto e incluso un aborto, dando un diagnóstico oportuno proporcionando un tratamiento adecuado donde la paciente lo lleve a cabo sin suspender.

Con este trabajo se pretende que las mujeres embarazadas de 20 a 35 años disminuyan las posibilidades de adquirir una infección de vías urinarias llevando a cabo medidas generales adecuadas como son: una dieta rica en vitamina C, ingesta de agua de 2 a 3 litros por día, buena higiene de genitales, acudir a control prenatal, donde el personal de enfermería le brinde la información correcta para que así la paciente tenga los conocimientos necesarios y los lleve a práctica de la mejor manera.

METODOLOGÍA.

La metodología de la investigación es el estudio de los métodos o etapas de la investigación, la cual tiene un enfoque cualitativo, debido a que esta centrado en los fenómenos y en la comprensión de los fenómenos.

TIPO DE ESTUDIO.

Existen varios tipos de estudio los cuales abordaremos.

La investigación básica pura o fundamental: busca el progreso científico. Es más formal y general, desarrolla teorías basadas en principios-basados en leyes.

La investigación aplicada esta relacionada con la básica, va a depender de los descubrimientos de la básica. Busca nacer, hacer, actuar, construir y modificar.

La investigación documentada o bibliográfica: se hace a través de la consulta de documentar libros, revistas, periódicos, memorias, anuarios, registros, códigos y constituciones.

La investigación de campo o directa: es la que se efectúa en el lugar y tiempo en que ocurren los fenómenos del objeto de estudio.

La investigación mixta: es aquella que esta formada de la investigación de campo y documentada.

La exploratoria: su objeto es relacionarse con un tema poco estudiado, ayuda a desarrollar métodos nuevos.

La descriptiva: analiza como son las declaraciones de conceptos, de fenómenos y sus componentes.

La correlacionar: como se relacionan diferentes fenómenos y si hay correspondencia entre ellos o no.

La explicativa o causal: busca localizar (dar) las razones o causas que inducen ciertos fenómenos.

SUJETOS A ESTUDIAR

Universo

Este se llevo a cabo en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, en el área de la Consulta Externa.

Muestra

La muestra de la población fueron 30 personas ya que fue el dato arrojado con la aplicación de la formula para población finita y datos cualitativos.

Con la aplicación de veinte encuestas piloto, se obtuvieron los siguientes datos:

Formula

$$n = \frac{Z^2 p q N}{e^2 N + Z^2 p q}$$

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

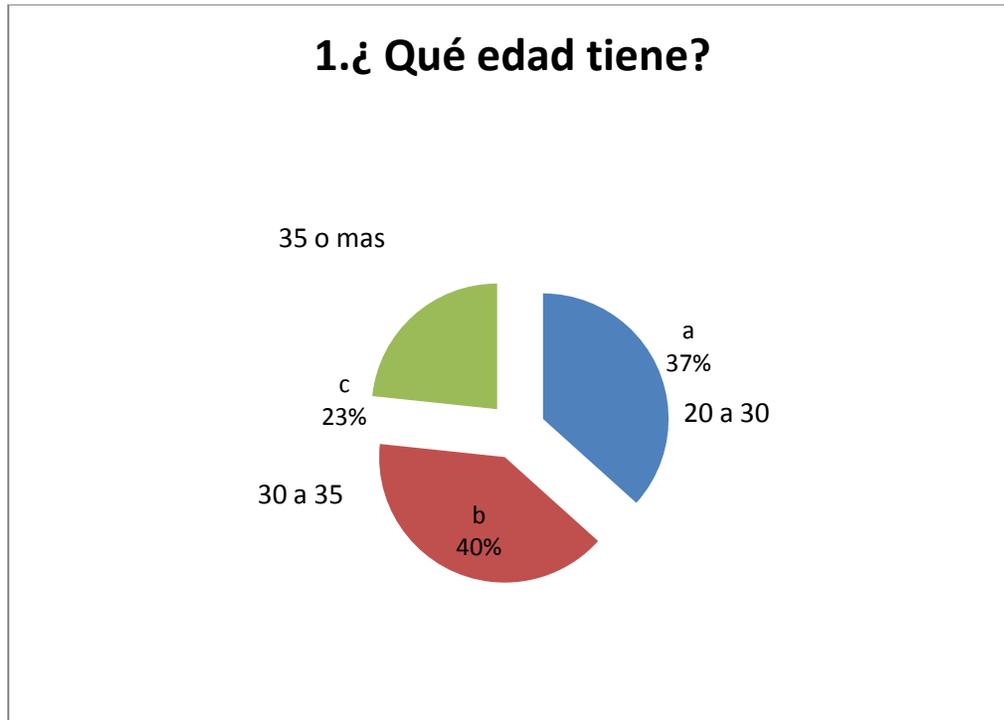
Por medio de la validación de los resultados que se obtuvieron y la confiabilidad de la investigación con la que se presento este trabajo para así poder relacionarlo con el marco teórico.

TÉCNICAS UTILIZADAS

El instrumento de las técnicas utilizadas fue en base de encuestas en las cuales me base para poder tener una mejor visión sobre el factor condicionante que pueda provocar un aborto y debido a esto relacionarlo con lo que es el marco teórico para fomentar mas la información.

RESULTADOS DE ENCUESTAS

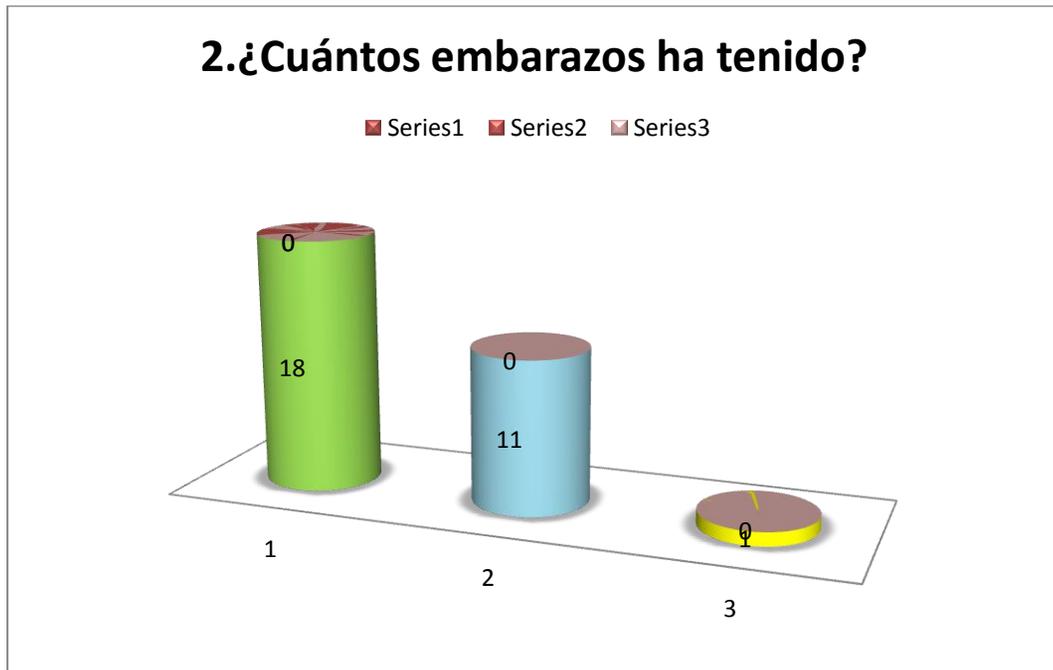
Gráfica 1



DESCRIPCIÓN: En la gráfica se muestra que un 37% de las mujeres encuestadas esta en una edad de entre 20 a 30 años, el 40% esta entre 30 a 35 años y un 23% es de entre 35 o mas, lo que nos muestra un mayor porcentaje en las mujeres de edad reproductiva de 30 a 35 años.

INTERPRETACIÓN: La edad más viable es de 30 a 35 años de la encuesta que se presento.

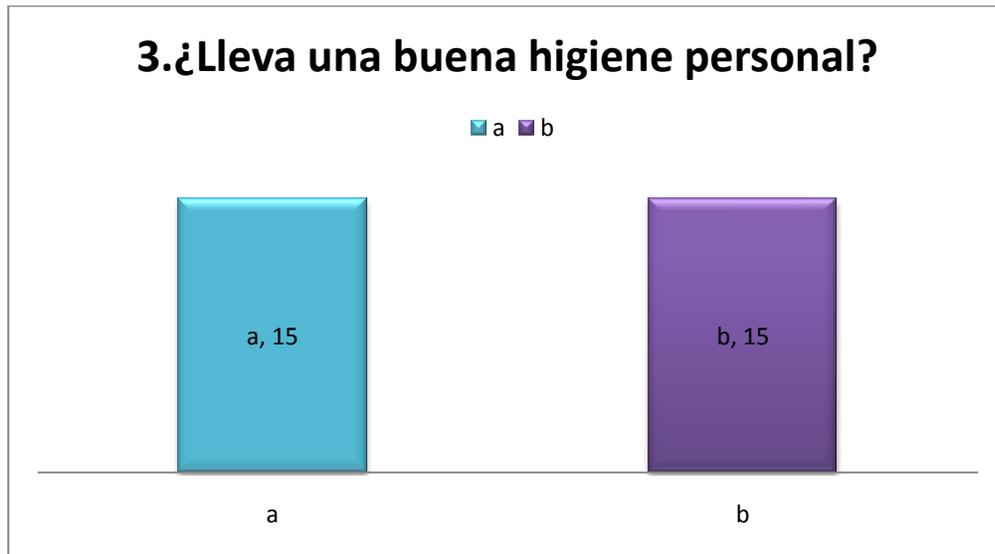
Gráfica 2



DESCRIPCIÓN: En la gráfica se muestra que hay mujeres que han tenido sólo un embarazo y las demás han presentado más de 3.

INTERPRETACIÓN: En la actualidad se tiene que la mujer en edad de 30 a 35 años ha presentado solo un aborto, lo que nos hace ver que hay más posibilidades de seguir procreando sin ningún problema.

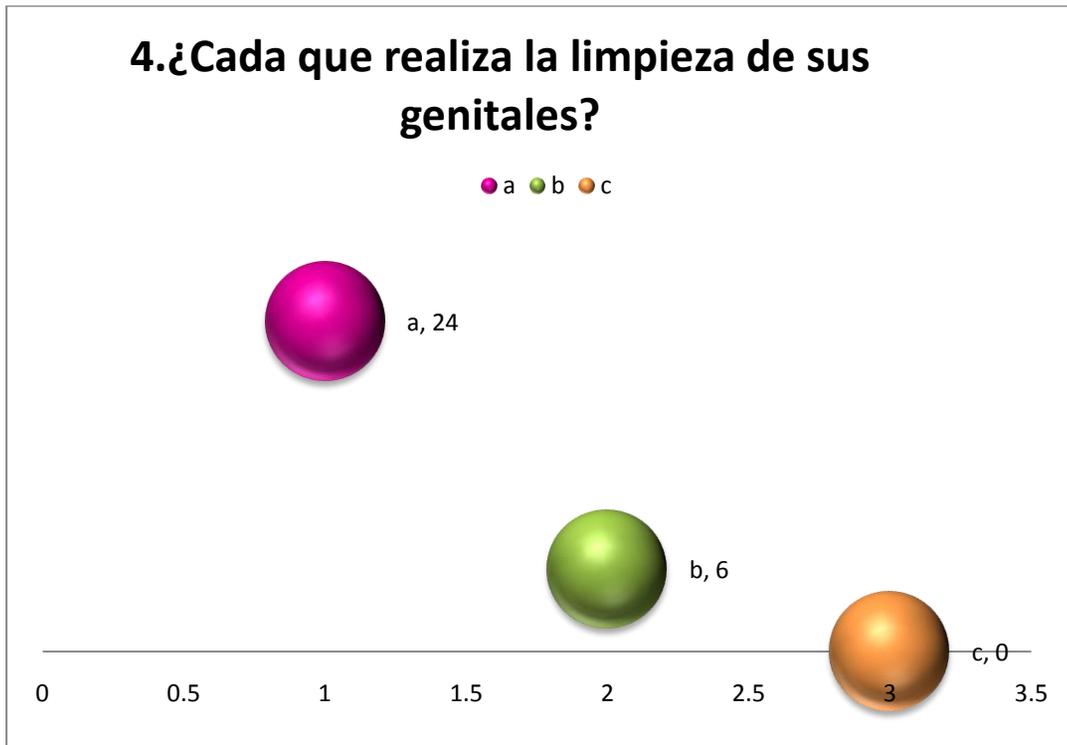
Gráfica 3



DESCRIPCIÓN: En la gráfica se muestra un puntaje equilibrado donde algunas personas tienen una buena higiene y otras no, pero si se lleva a cabo la limpieza personal.

INTERPRETACIÓN: El equilibrio de higiene personal nos muestra que aunque algunos no lo realicen para otros es importante hacerlo.

Gráfica 4



DESCRIPCIÓN: El puntaje mas elevado respondió que era diario su aseo debido a que se tiene una mejor higiene personal, mientras que los demás respondieron que sólo cada tercer día realizaban su aseo.

INTERPRETACIÓN: La buena higiene que se tiene de cada persona es debido a su formación y cultura es por eso que se obtuvo este resultado.

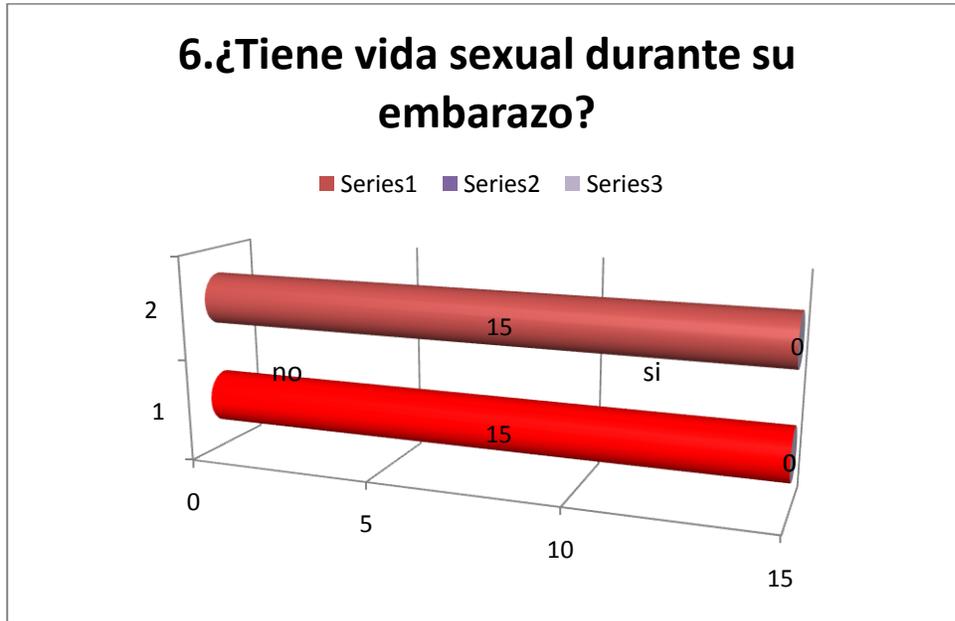
Gráfica 5



DESCRIPCIÓN: La gráfica nos muestra que la limpieza personal no se lleva a cabo correctamente, debido a que existe un mayor puntaje en que se realiza la limpieza de atrás hacia adelante.

INTERPRETACIÓN: No se tiene un conocimiento para poder realizar una limpieza adecuada en nuestros genitales ni la educación para poder realizarlo, debido a que la limpieza la realizan de forma incorrecta y esto provoca una infección vaginal.

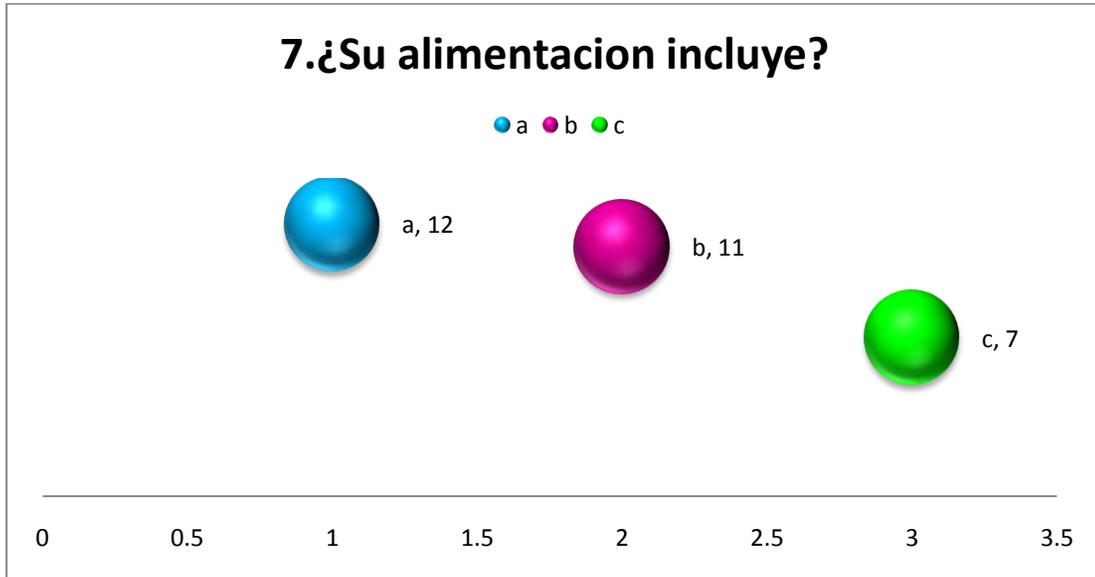
Gráfica 6



DESCRIPCIÓN: La gráfica nos muestra que existe un porcentaje equilibrado en tanto a la vida sexual durante el embarazo.

INTERPRETACIÓN: Se tiene un equilibrio el cual nos mantiene al margen de que las parejas tienen vida sexual en el embarazo mientras la otra parte de las parejas no lo hace.

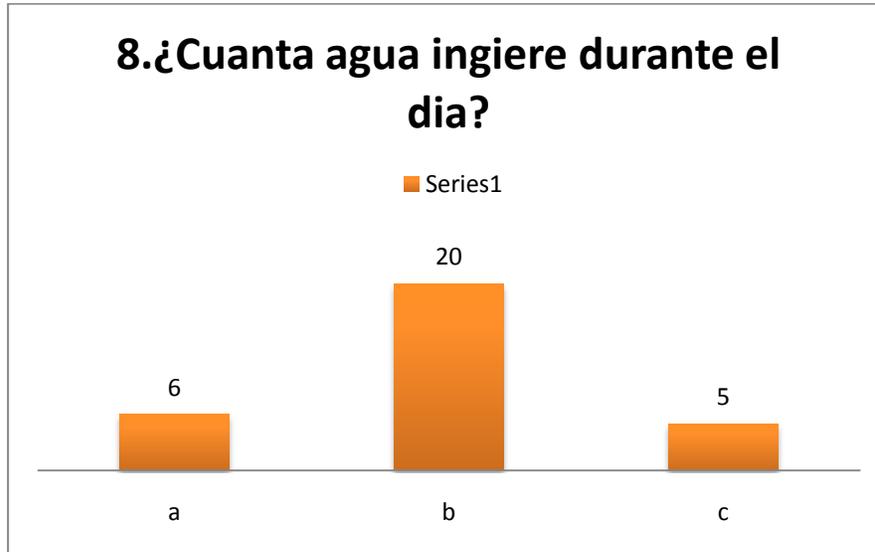
Gráfica 7



DESCRIPCIÓN: La gráfica muestra que la mayoría de las mujeres embarazadas tiene una alimentación sana debido a que incluye verduras, grasas y cereales.

INTERPRETACIÓN: La mayoría de las mujeres embarazadas llevan una alimentación sana debido a que incluyen alimentos que les proporcionan vitaminas para el buen desarrollo de su embarazo.

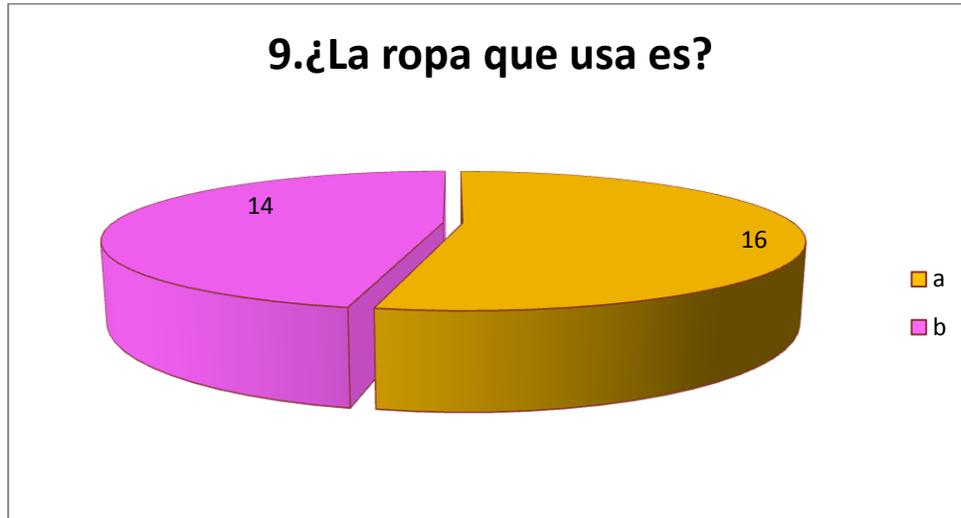
Gráfica 8



DESCRIPCIÓN: El puntaje mayor que se muestra en la gráfica corresponde a que de 3 a 4 vasos al día la mujer embarazada ingiere agua, mientras que el puntaje menor es de más de 4 vasos al día.

INTERPRETACIÓN: La cantidad de agua que se ingiere durante el día nos muestra que es mas elevada entre 3 a 4 vasos y proporciona un buen consumo de líquidos que no muchas personas tienen ese mismo consumo o lo llevan a cabo.

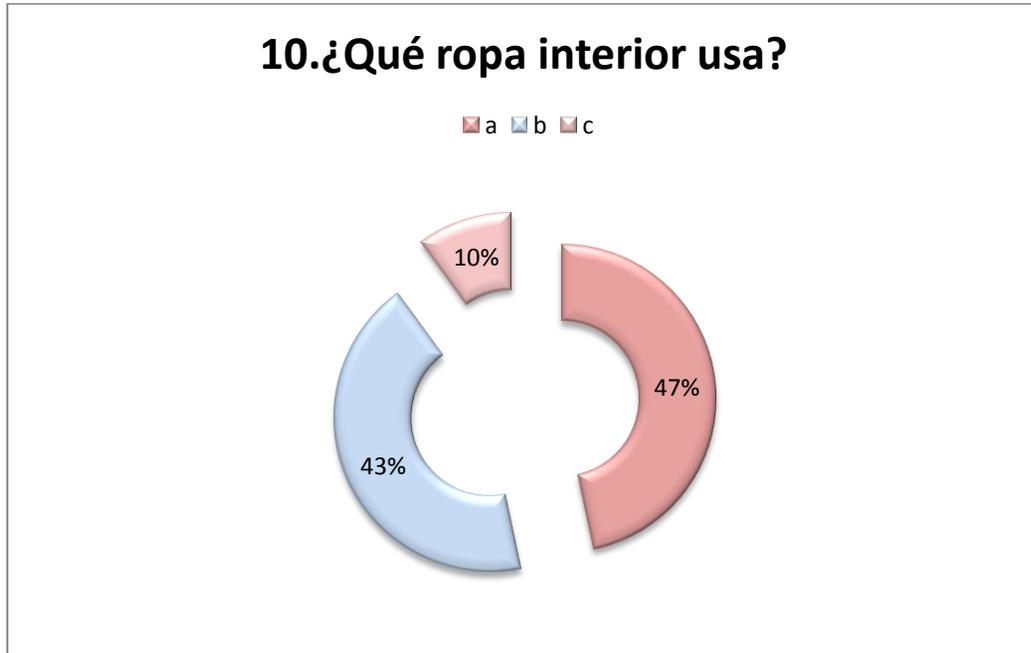
Gráfica 9



DESCRIPCIÓN: La gráfica nos muestra que la ropa corresponde a que la mayoría de las personas la utilizan ajustada.

INTERPRETACIÓN: El mayor puntaje como ya se menciona corresponde a que la ropa utilizada es ajustada que por la vanidad de sentirse y verse bien no se dan cuenta de lo que puede contraer complicaciones.

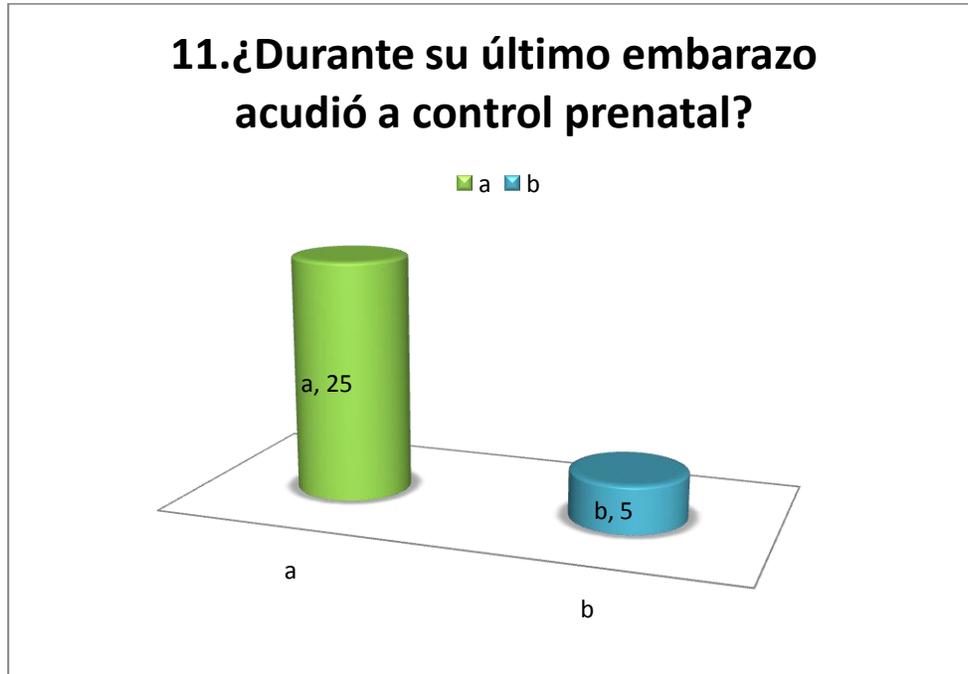
Gráfica 10



DESCRIPCIÓN: En la gráfica se muestra un porcentaje elevado en la ropa que se utiliza es de licra mientras el menor porcentaje usa de algodón.

INTERPRETACIÓN: La ropa de licra es muy común debido a que es ajustable y nos hace vernos mejor a nosotras las mujeres sin embargo es ropa que nos puede producir una infección vaginal.

Gráfica 11



DESCRIPCIÓN: La gráfica nos muestra que el puntaje elevado si acudió a su control prenatal mientras el otro no acudió lo cual demuestra que la mayoría de las mujeres se revisan cada mes.

INTERPRETACIÓN: La mujer embarazada acude a control prenatal para ver la evolución que se tiene durante su embarazo y sino existe alguna complicación.

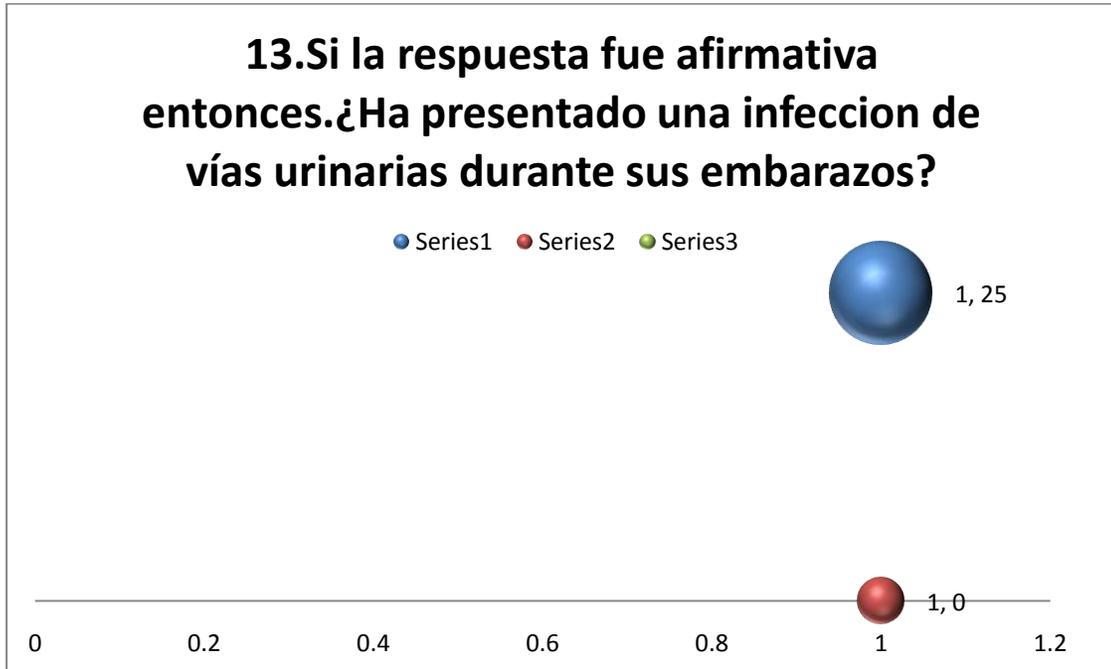
Gráfica 12



DESCRIPCIÓN: El 80% de las personas ha escuchado hablar de infecciones urinarias como se muestra en la grafica mientras que el 20% no.

INTERPRETACIÓN: El 80% de las personas han respondido a esta pregunta que si han escuchado hablar y que se tiene un conocimiento sobre ello, para así poder proporcionar una mejor exposición sobre esta complicación.

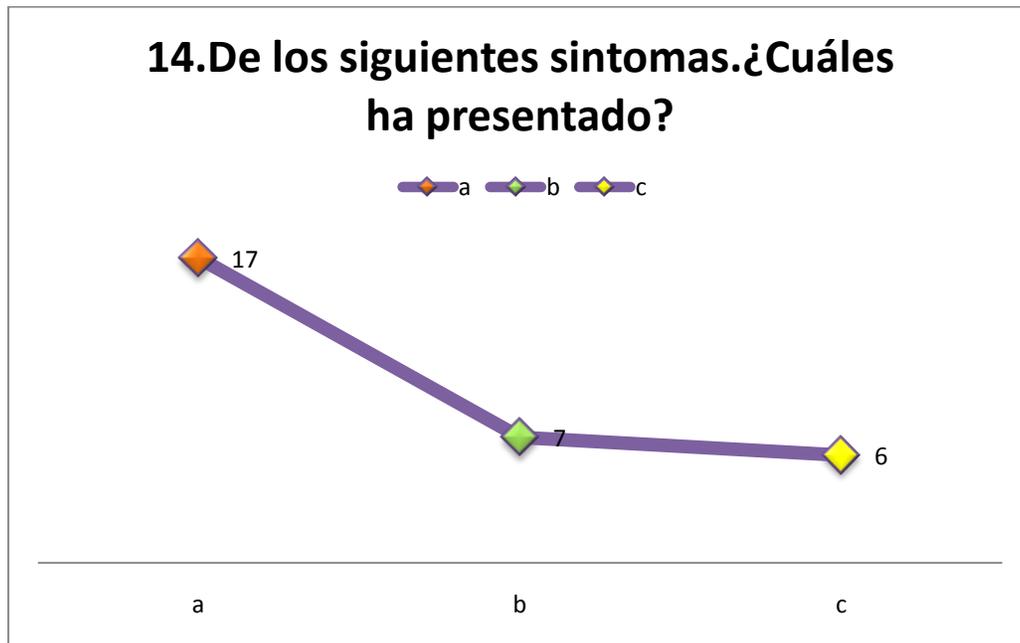
Gráfica 13



DESCRIPCIÓN: En la gráfica se muestra que la mayoría de la personas respondió que si ha presentado una infección mientras que pocas contestaron que no.

INTERPRETACIÓN: El mayor puntaje afirma que si ha presentado una infección debido a esto se mantiene una relación para que pueda existir un aborto.

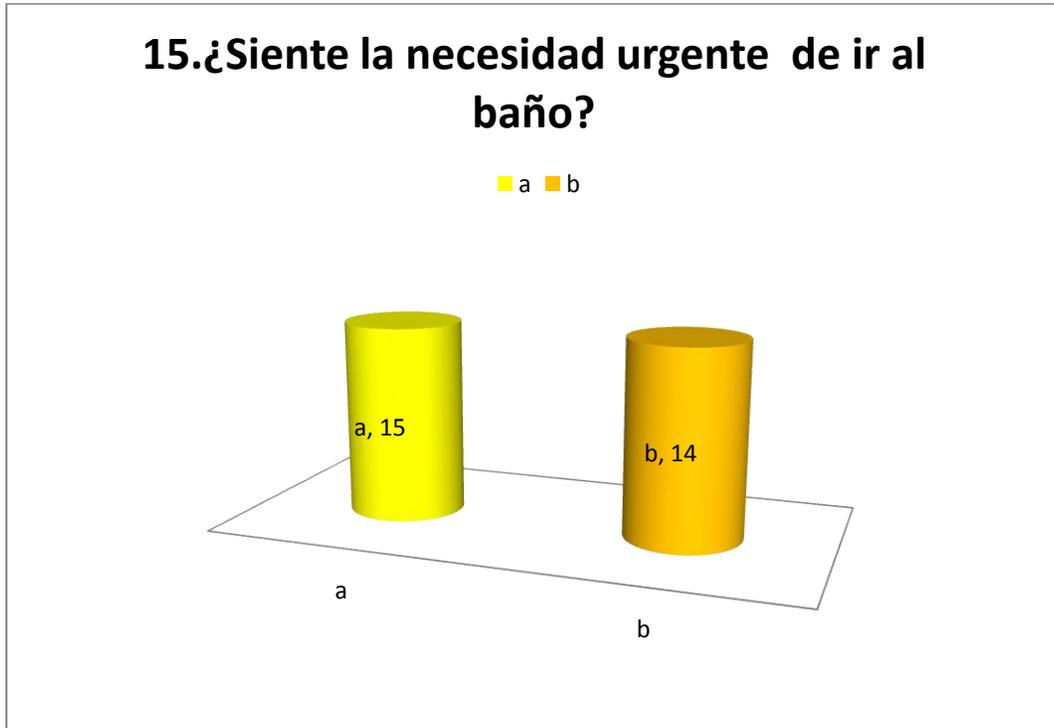
Gráfica 14



DESCRIPCIÓN: El mayor puntaje corresponde a que se ha presentado ardor al orinar durante su embarazo lo que nos muestra que si existe una infección.

INTERPRETACIÓN: El puntaje elevado muestra que el síntoma más frecuente es el ardor al orinar y que el menor presenta cansancio cuando se tiene una infección urinaria.

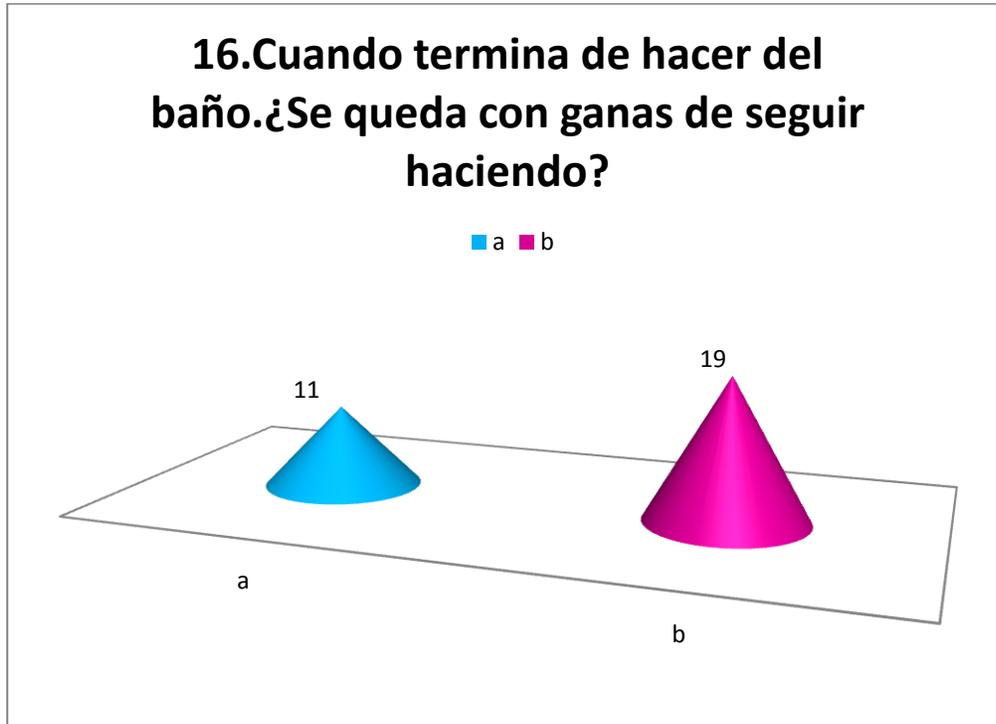
Gráfica 15



DESCRIPCIÓN: La gráfica nos muestra que la mayoría de las personas si siente la necesidad de acudir al baño urgentemente.

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a la obtención de datos las personas que presentan una infección de vías urinarias tienen la necesidad urgente de acudir al baño mientras que pocas son las que muestran esta urgencia.

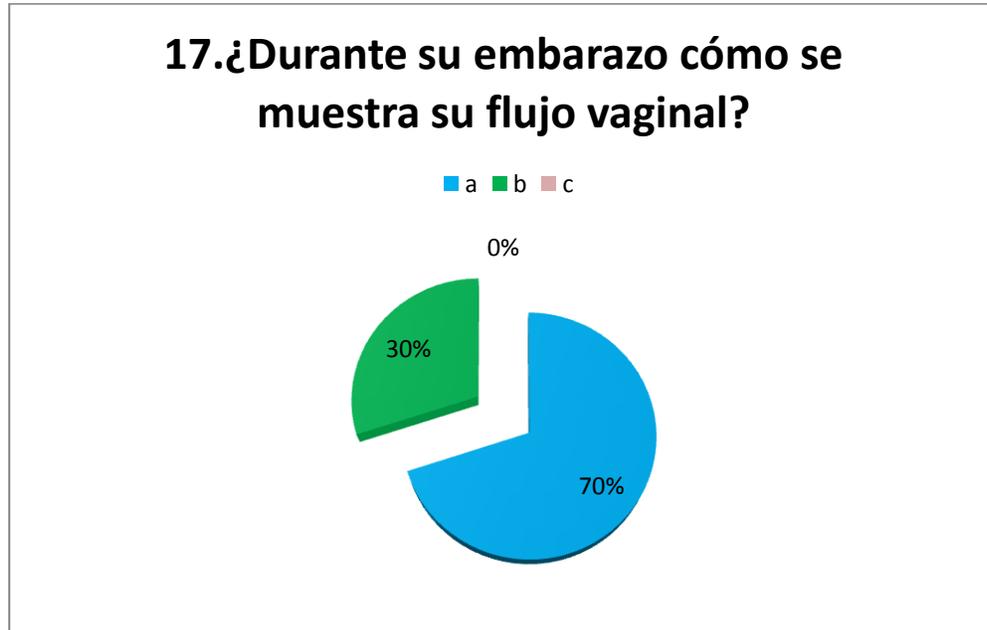
Gráfica 16



DESCRIPCIÓN: La gráfica nos muestra que a pesar de la urgencia de ir al baño pocas de estas personas son las que se quedan con ganas de seguir haciendo.

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a la gráfica nos resulta diferente a la anterior debido a que solo son pocas las personas que tienen esta necesidad de seguir haciendo del baño.

Gráfica 17



DESCRIPCIÓN: La gráfica nos muestra que el mayor porcentaje pertenece a que muestran un flujo claro y transparente, y el 30% corresponde a que se presenta abundante y color amarillo.

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a los resultados obtenidos nos damos cuenta que las mujeres embarazadas presentan un flujo claro, transparente sin embargo las que lo presentan abundante son las que muestran una infección vaginal.

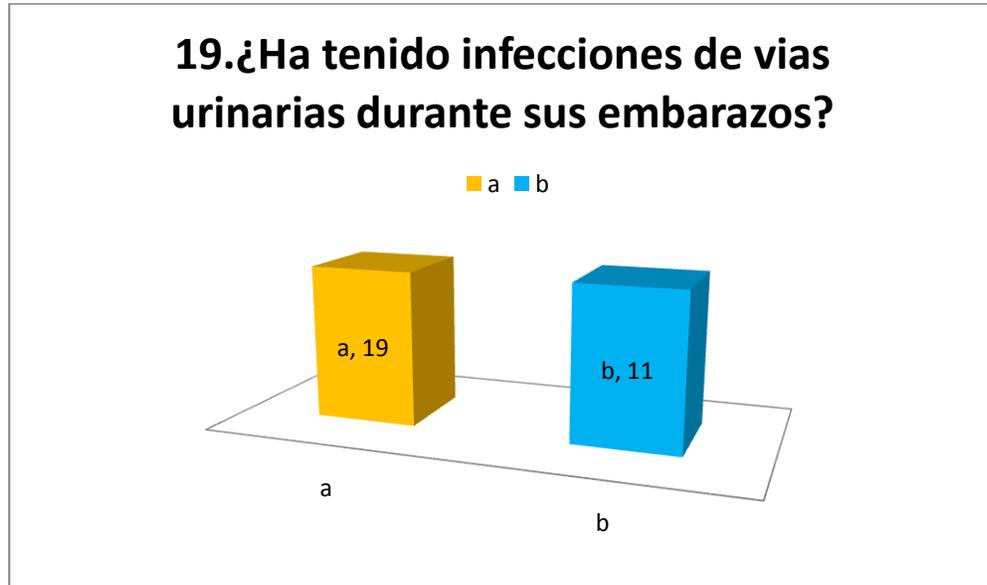
Gráfica 18



DESCRIPCIÓN: En la gráfica se muestra que el 63% se le ha indicado un estudio de orina mientras que un 37% no se le ha realizado ni indicado durante su embarazo.

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a lo anterior el porcentaje del 63% ha llevado una buena evolución y cuidado en su embarazo para así darse cuenta de las manifestaciones presentes en el embarazo.

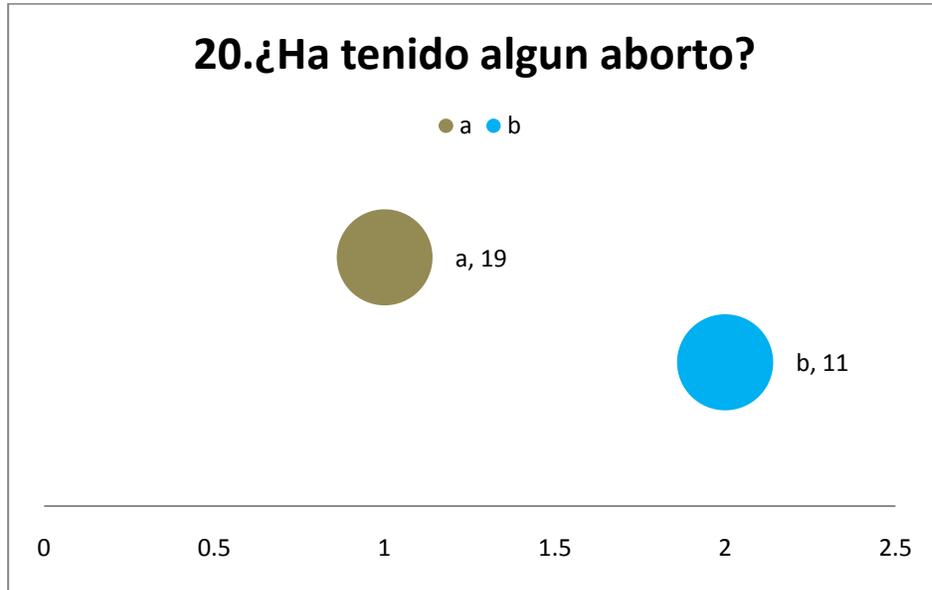
Gráfica 19



DESCRIPCIÓN: En la gráfica se muestra que la mayoría de las mujeres embarazadas no ha presentado más de alguna infección durante sus demás embarazos.

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a los resultados obtenidos las infecciones son menos comunes después de previos embarazos mientras que pocas son las que presentan infecciones repetitivas.

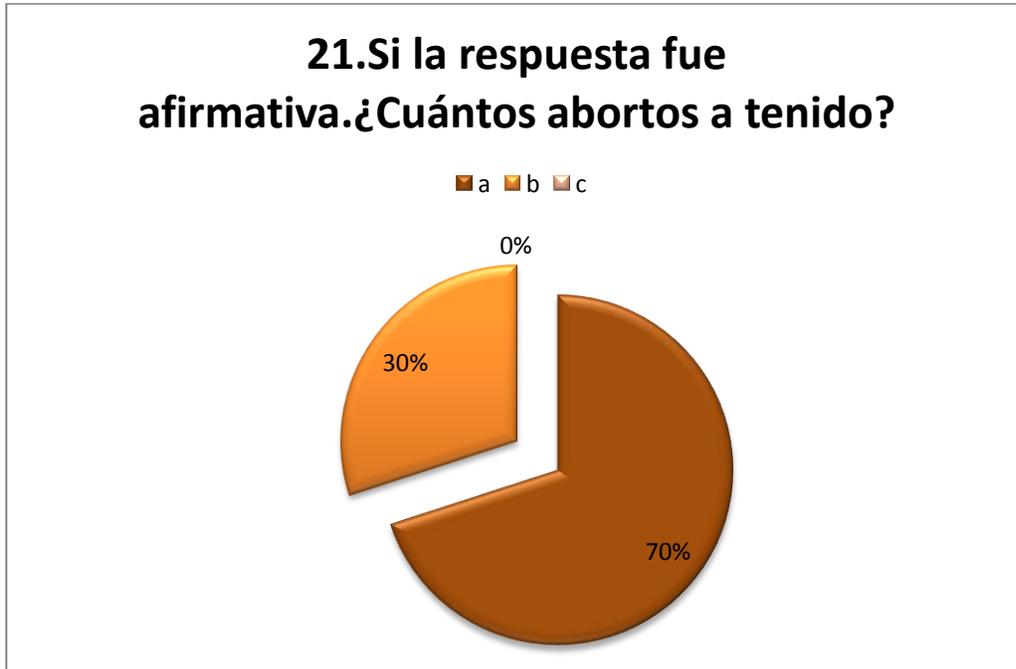
Gráfica 20



DESCRIPCIÓN: La gráfica nos muestra que la mayoría de las mujeres ha presentado un aborto y pocas no lo han presentado.

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a esto nos damos cuenta que las mujeres pueden presentar abortos debido a ciertos factores que se los han provocado.

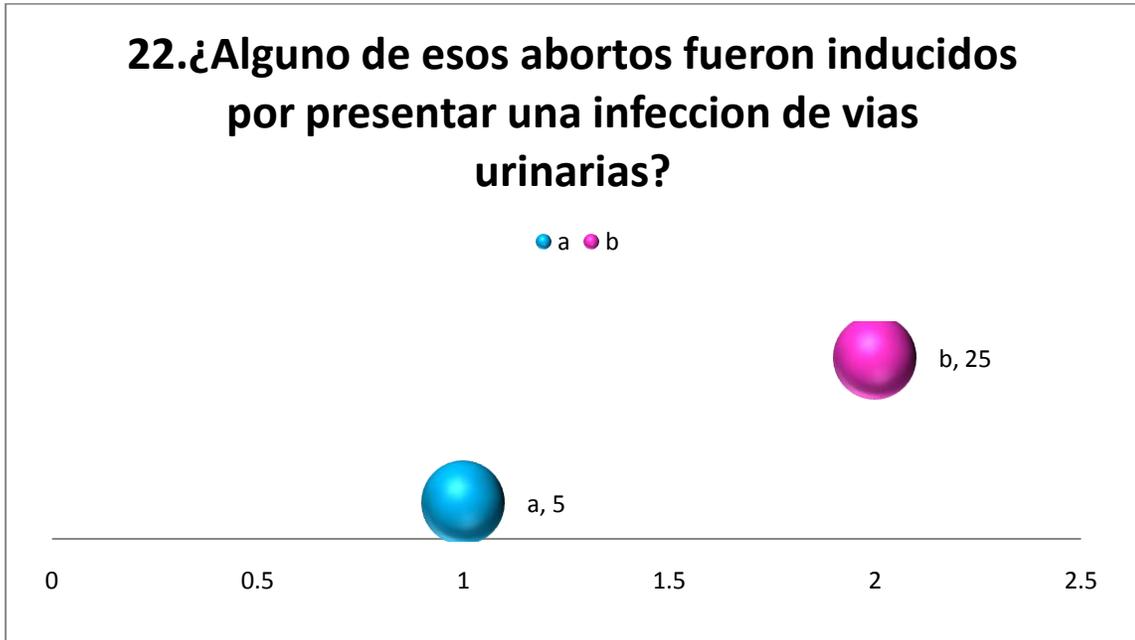
Gráfica 21



DESCRIPCIÓN: La gráfica nos muestra que el 70% ha presentado un aborto mientras que el 30% presenta 2 abortos.

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a los resultados estos abortos presentados se manifiestan en mujeres que han tenido complicaciones durante su embarazo pero ninguna a presentado más de 3 abortos consecutivos.

Gráfica22



DESCRIPCIÓN: La gráfica muestra que pocas han presentado un aborto inducido por estas infecciones mientras que la mayoría no ha sido por esta causa.

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a los resultados el porcentaje es mínimo para que se presente un aborto por infección urinaria, así que es indispensable que se muestre este riesgo en una mujer embarazada.

CONCLUSIONES

En el presente trabajo se llegó a la conclusión que la frecuencia de infecciones de vías urinarias tiene una gran importancia en la mujer embarazada, debido a que estas se presentan en todo momento de la edad reproductiva.

El objetivo a lograr es la determinación de la frecuencia de infecciones de vías urinarias altas que se presentan en mujeres embarazadas de 20 a 35 años de edad y cuantos abortos ha presentado, este trabajo nos muestra que no es mucha la frecuencia con la que se producen los abortos, sino que existen más factores que desencadenen el aborto.

Las posibilidades que se pueden presentar son contadas en ciertos factores, pero la responsabilidad y el cuidado que se tenga durante el embarazo puede llegarse a evitar este factor y no inducir un aborto.

Son pocos los abortos que se producen por las infecciones vaginales, pero sin embargo estas infecciones si son frecuentes en la mujer embarazada y se tiene que diagnosticar antes de que pueda causar alguna complicación.

En nuestra hipótesis se comprobó que el factor condicionante del aborto no es la frecuencia de infecciones urinarias, porque existen diversos factores que pueden provocar un aborto, no simplemente tiene que haber este factor que predisponga la complicación.

ANEXO 1

ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

El presente cuestionario se ha realizado para llevar a cabo una investigación sobre lo que es las infecciones de vías urinarias y cuáles son las complicaciones que se pueden obtener en mujeres de edad reproductiva (20 a 35 años de edad). Así que le pido de la manera más atenta que conteste a las interrogantes presentadas en este cuestionario escogiendo solo una respuesta, recordándole que es anónimamente.

1.- ¿Qué edad tiene?

- a) 20 a 30
- b) 30 a 35
- c) 35 o mas

2.- ¿Cuántos embarazos ha tenido?

- a) 1
- b) 2
- c) más de 3

3.- ¿Lleva una buena higiene personal?

- a) si
- b) no

4.- ¿Cada que realiza la limpieza de sus genitales?

- a) diario
- b) cada tercer día
- a) c)una vez a la semana

5.- Cuando acude al baño ¿La forma de su limpieza es?

- a) de adelante hacia atrás
- b) de atrás hacia adelante
- c) solo la parte que está sucia

6.- ¿Tiene vida sexual activa durante su embarazo?

- a) si
- b) no

7.- ¿Su alimentación incluye?

- a) verduras, grasas, cereal
- b) verduras, carne, fruta
- c) cereal, grasas, carnes

8.- ¿Cuánta agua ingiere durante el día?

- a) 1 a 2 vasos
- b) 3 a 4 vasos
- c) más de 4 vasos

9.- ¿La ropa que usa es?

- a) ajustada
- b) cómoda

10.- ¿Qué tipo de ropa interior usa?

- a) licra
- b) sintética
- c) algodón

11.- ¿Durante su último embarazo acudió a control prenatal?

- a) si
- b) no

12.- ¿Ha escuchado hablar de infecciones de vías urinarias?

- a) si
- b) no

13.- si su respuesta fue afirmativa entonces ¿Ha presentado una infección de vías urinarias durante sus embarazos?

- a) si
- b) no

14.- De los siguientes síntomas ¿Cuales ha presentado?

- a) ardor al orinar
- b) dolor
- c) cansancio

15.- ¿Siente la necesidad de ir al baño urgentemente?

- a) si
- b) no

16.- ¿Cuándo termina de hacer del baño se queda con ganas de seguir haciendo?

- a) si
- b) no

17.- ¿Durante su embarazo como se muestra su flujo vaginal?

- a) claro, transparente
- b) abundante, amarillo y con olor
- c) color café y con olor

18.- ¿Durante su embarazo se le indico realizarse un estudio de orina?

- a) si
- b) no

19.- ¿Ha tenido infecciones de vías urinarias repetitivas durante sus embarazos?

- a) si
- b) no

20.- ¿Ha tenido algún aborto?

- a) Si
- b) no

21.- Si su respuesta fue afirmativa ¿Cuántos abortos ha tenido?

- a) 1
- b) 2
- c) más de 2

22.- ¿Alguno de esos abortos fueron inducidos por presentar una infección de vías urinarias?

- a) si
- b) no

BIBLIOGRAFIA Y REFERENCIAS ELECTRONICAS

Berkowitz, G., et al. Delayed childbearing and the outcome of pregnancy. *New England Journal of Medicine*, volumen 322, número 10, 8 de marzo de 1990, págs. 659-664.

Bianco, A., et al. Pregnancy outcome at age 40 and older. *Obstetrics and Gynecology*, volumen 87, número 6, junio de 1996, págs. 917-922.

Fretts, R.C., Usher, R.H. Causes of fetal death in women of advanced maternal age. *Obstetrics and Gynecology*, volumen 89, número 1, enero de 1997, págs. 40-45.

Gilbert, W.M., et al. Childbearing beyond age 40: pregnancy outcome in 24,032 cases. *Obstetrics and Gynecology*, volumen 93, número 1, enero de 1999, págs. 9-14.

Hernández Betancourt, María (1990). *Complicaciones Médicas en el Embarazo*. (2ª Edición). México. Editorial McGraw Hill Interamericana.

Mondragón Castro, Héctor (1991). *Ginecoobstetricia Elemental*. México. Editorial Trillas.

Mondragón Castro, Héctor (2006). *Obstetricia Básica Ilustrada*. (5ª Edición). México. Editorial Trillas.

Quilligan, J.Edward (1988). *Obstetricia Operatoria*. (1ª Edición). México. Editorial Limusa.

Rodríguez Argüelles, Juan. Dr. Y otros (1972). *Ginecología y Obstetricia*.

Usandizaga, J.A (1990). Tratado de Obstetricia y Ginecología. (2ª Edición). México. Editorial McGraw Hill Interamericana.