

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 12  
CIUDAD DEL CARMEN, CAMPECHE

FRECUENCIA DE ABORTOS, PARTOS PREMATUROS Y MORTINATOS EN  
EMBARAZADAS CON INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS QUE ACUDEN A SU  
CONTROL EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 12 DE  
CIUDAD DEL CARMEN, CAMPECHE.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:

DRA. RUTH ACOSTA OTERO

CD. DEL CARMEN, CAMPECHE  
2005

m 346583



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.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD ACADÉMICA  
UMF 12 Cd. del Carmen, Campeche**

**FRECUENCIA DE ABORTOS, PARTOS PREMATUROS Y MORTINATOS EN  
EMBARAZADAS CON INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS QUE ACUDEN A SU  
CONTROL EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 12 DE  
CIUDAD DEL CARMEN, CAMPECHE.**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA EL ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DRA. RUTH ACOSTA OTERO**



**CIUDAD DEL CARMEN, CAMPECHE**

**2005**

FRECUENCIA DE ABORTOS, PARTOS PREMATUROS Y MORTINATOS EN  
EMBARAZADAS CON INFECCION DE VIAS URINARIAS QUE ACUDE A SU  
CONTROL EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 12 DE  
CIUDAD DEL CARMEN, CAMPECHE.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

  
DRA. RUTH ACOSTA OTERO

  
DRA. RITA ORTIZ HIDALGO  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN  
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 12 DE  
CIUDAD DEL CARMEN, CAMPECHE

  
DRA. ROXANA GONZALEZ DZIB  
ASESOR METODOLOGICO  
MEDICO FAMILIAR ADSCRITO A LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR N° 12 DE CIUDAD DEL CARMEN, CAMPECHE.

  
DR JOSE DE LOS SANTOS MALDONADO ESQUIVEL  
ASESOR TEMA DE TESIS  
JEFE DE DEPARTAMENTO CLINICO ADSCRITO A LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 12 DE  
CIUDAD DEL CARMEN CAMPECHE

  
DR. DOMIGO MEDINA GONGORA  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA

CIUDAD DEL CARMEN CAMPECHE

2005

FRECUENCIA DE ABORTOS PARTOS PREMATUROS Y MORTINATOS EN  
EMBARAZADAS CON INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS QUE ACUDEN A SU  
CONTROL EN LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 12 EN  
CIUDAD DEL CARMEN, CAMPECHE.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

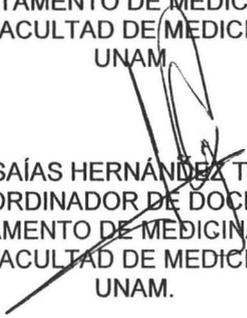
PRESENTA:

DRA. RUTH ACOSTA OTERO.

AUTORIZACIONES

~~DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM.~~

  
DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM

  
DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM.

*AGRADECIMIENTOS:*

*A DIOS que es la fuerza y fortaleza de mi vida*

*A mis queridos PADRES, EMIGDIO y LEONOR*

*Por enseñarme el AMOR, y la DEDICACION*

*A la razón de mi vida*

*JOSE mi esposo y JOSE Jr. Mi adorado hijo*

*Por su AMOR y apoyo infinitos.*

## INDICE

	Pagina
1. Titulo.....	1
2. Índice .....	5
3. Marco teórico.....	6
4. Justificación.....	10
5. Objetivo General.....	11
6. Objetivo específico.....	11
7. Metodología.....	12
8. Resultados.....	16
9. Discusión .....	26
10. Conclusiones.....	29
11. Referencias bibliograficas.....	31
12. Anexos .....	32

## MARCO TEÓRICO

La atención para la salud materno-infantil es prioridad para los servicios de salud. En el PREVE-IMSS la atención prenatal se considera un programa prioritario<sup>1</sup> cuyo principal propósito es: La prevención de las complicaciones maternas, durante el curso del embarazo, con él diagnóstico oportuno y la atención adecuada.

La etiología de los eventos es multifactorial, sin embargo se reconocen algunos factores de riesgo como infección de vías urinarias, las cuales pueden manifestarse como bacteriuria asintomática, infección de vías urinarias bajas (cistitis) e infección de vías urinarias altas (pielonefritis)<sup>2</sup>. En la mayoría de las mujeres se encuentran relacionadas con las características funcionales y anatómicas, Luis Eduardo Nava y cols. Observaron un incremento de las infecciones urinarias con los eventos obstetricos<sup>3</sup>.

Estudios realizados en Hospital St Joseph de Houston, Texas indican que las infecciones urinarias, actúan sobre la pared uterina, donde por liberación de citotoxinas y prostaglandinas favorecen las contracciones uterinas en el 40% de partos prematuros<sup>4</sup>. Por lo tanto se considera que las infecciones urinarias como las pielonefritis al final del embarazo aumentan la morbimortalidad materno fetal, por lo que debe considerarse un examen de orina rutinario y urocultivo en la semana 12 y 16 del embarazo<sup>5</sup>.

Los síntomas que acompañan a las infecciones urinarias son disuria, polaquiuria, tenesmo, dolor suprapúbico, síntomas que en conjunto se denominan síndrome miccional; además puede existir hematuria fiebre, dolor en flanco si se trata de infección alta. Las infecciones de orina ocasionalmente pueden ser asintomáticas<sup>6</sup>.

Estudios realizados en el Hospital Nacional de Perinatología demostraron la importancia del urocultivo en mujeres embarazadas en julio de 1988 a enero del 2001 se realizaron 587 urocultivos de los cuales el microorganismo con mayor incidencia fue la *Escherichia coli*<sup>7</sup>.

Se denomina bacteriuria asintomática (urocultivo > 100,000 col/ml orina en ausencia de síntomas), la presentan un 4 a 7 % de mujeres embarazadas en el primer trimestre de la gestación y si no es detectada y tratada oportunamente puede llevar a complicaciones urgentes<sup>8</sup>. En un estudio de cohortes realizado en la Unidad de Medicina Familiar N° 10 del IMSS en Jalapa, Veracruz. Se encontró una prevalencia de bacteriuria asintomática de un 4 a 7 %, además la relación de bajo peso al nacer en presencia de bacteriuria asintomática y no se encontraron diferencias significativas<sup>9</sup>. Se ha demostrado que el 25 % de las bacteriurias asintomáticas no tratadas con antimicrobianos durante el embarazo evolucionan a pielonefritis en el tercer trimestre, la cistitis es mas frecuente en el segundo trimestre del embarazo, y la pielonefritis en el segundo y tercer trimestres del embarazo. Es importante señalar que las infecciones urinarias están consideradas dentro de las complicaciones menores del embarazo y colocan a la paciente en un riesgo obstétrico intermedio<sup>1, 2, 10</sup>.

La atención y la evaluación integral de la paciente gestante se consideran que un 10 a 20 % de las embarazadas presentan infección urinaria. Siempre deberá realizarse un tratamiento oportuno, pues en una infección urinaria crónica incrementa la frecuencia de parto prematuro<sup>11</sup>.

Como consecuencia de las modificaciones funcionales y anatómicas durante la gestación<sup>3</sup>, las infecciones del aparato urinario son complicaciones frecuentes que requieren hospitalización en casos graves (pielonefritis), es recomendable dentro de los cuidados generales durante la gestación, la realización periódica de nitritos en orina que en casos positivos se complementara con el correspondiente urocultivo<sup>12</sup>.

Se considera parto prematuro al que se produce antes de la semana 37 de la gestación (según la OMS), se ha observado por estudios realizados que las mujeres que no reciben un tratamiento oportuno cuando presentan infección urinaria durante la gestación aumento de la morbi-mortalidad materno-fetal<sup>13</sup>.

Estudios realizados demuestran que las infecciones urinarias coexisten con el embarazo y pueden aparecer en diferentes presentaciones clínicas como: bacteriuria asintomática, cistitis aguda, pielonefritis y pueden desencadenar complicaciones como parto prematuro, hipertensión inducida por el embarazo, shock séptico, bacteriemia e incluso la muerte. Por eso es importante que el medico de primer nivel de atención que es el contacto inicial de la paciente embarazada, realice a la paciente una detección oportuna de la infección urinaria. Como se menciona antes un tratamiento oportuno evita la aparición de complicaciones menores y mayores del embarazo en relación con las infecciones urinarias, sin poner en riesgo la salud maternofetal<sup>14</sup>.

El nacimiento prematuro que tiene lugar entre las 21 y las 37 semanas de la gestación, constituyen una de las complicaciones obstétricas de mayor trascendencia debido al impactó desfavorable, en la salud perinatal ocasiona del 70 al 85 % de la mortalidad perinatal y cerca del 50% de morbilidad neurológica, a largo plazo entre los factores de riesgo propiciadores se encuentran las infecciones urinarias diagnosticadas por leucocituria y bacteriuria en examen general de orina<sup>15</sup>.

De ahí la importancia de solicitar en la primera consulta de nuestras pacientes embarazadas un examen general de orina y el cual se debe repetir en las semanas 24, 28, 32 y 36 como menciona la Norma Oficial Mexicana.<sup>16</sup> Ya que como se menciona las IVU se asocian a complicaciones prematuridad y apgar bajo.<sup>17</sup>

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En el IMSS dentro de los programas, el control prenatal es de vital importancia<sup>1,2</sup> La presencia de infecciones urinarias juegan un papel importante dentro del desarrollo de la gestación ya que se han observado complicaciones en el transcurso del embarazo ya sea con presencia de amenaza de aborto, partos prematuros y ruptura prematuras de membranas<sup>4,15,17</sup> Situación relevante ya que la bacteriuria asintomática se presenta en un 5 a 10 % de todos los embarazos, y si esta no se trata el 20 a 30 % de las madres desarrollara pielonefritis condición que se asocia al parto pretermino en el 20 a 50 % de los casos.<sup>1,7,15,17</sup>

Por lo tanto es importante conocer el manejo por el medico familiar dentro del control prenatal de nuestras pacientes embarazadas desde que piensa embarazarse o desde el primer trimestre del embarazo con el fin de prevenir dichas complicaciones a través de una evaluación integral<sup>11,16</sup>.

Motivo por el cual es de trascendencia conocer la frecuencia de infección de vías urinarias en relación con amenaza de abortos, abortos ó partos prematuros y mortinatos en las embarazadas que acude a control a la UMF 12 de Ciudad del Carmen, Campeche.

## JUSTIFICACIÓN

En la consulta diaria de Medicina Familiar, contamos con el programa de Control Prenatal<sup>1, 2</sup>, donde hemos observado en nuestras pacientes embarazadas la presencia de infecciones urinarias, las cuales se pueden presentar en forma sintomática ó asintomática, cuya detección se realiza mediante el examen general de orina ó urocultivo<sup>8</sup>.

La infección urinaria puede desencadenar amenaza de aborto ó parto prematuro y ocasionalmente mortinatos<sup>4,15</sup>.

Existen evidencias para sostener, que el tratamiento de la bacteriuria asintomático reduce la frecuencia de complicaciones de ahí la importancia de realizar un EGO en la semana 18,20, 32 y 34 y un urocultivo en la semana 12 y 16.<sup>1</sup>

También se considera que en los países ocasiona el 70 a 85 % de mortalidad perinatal, y cerca del 50% de morbilidad neurológica cuando existe parto pretermino siendo la infección urinaria uno de los principales factores desencadenantes<sup>15</sup>.

Es de vital importancia detectar una infección urinaria en embarazadas por el riesgo que tiene la mujer de cursar con pérdida del producto, afectando el ámbito individual y familiar, por lo que el medico familiar debe priorizar la atención de la mujer embarazada basándonos en el enfoque de riesgo, con el fin de evitar complicaciones y llevar a feliz termino el binomio madre-hijo, por este motivo se decide realizar este estudio. También para conocer el manejo del personal de salud de la UMF12 de nuestras pacientes embarazadas con infección urinaria.

## **OBJETIVO GENERAL**

Conocer la frecuencia de abortos, partos prematuros y mortinatos en embarazadas que cursan con infección urinaria y que acuden a su control a la Unidad de Medicina Familiar N° 12 de Cd del Carmen Campeche, en el periodo del 1° de enero al 30 de junio del 2004.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Identificar la frecuencia de abortos en mujeres embarazadas con infección Urinaria
  
- Obtener la frecuencia de partos pretermino en mujeres embarazadas con Infección urinaria.
  
- Establecer la frecuencia de pacientes que presentaron pérdida del producto e infección urinaria durante el embarazo
  
- Determinar la frecuencia de pacientes a quienes se diagnostico infección Urinaria a través de un cultivo.
  
- Decretar la frecuencia de pacientes a quienes se les otorgo tratamiento para la infección urinaria, diagnosticada con cultivo.

## **METODOLOGÍA.**

### **Tipo de estudio:**

Se realizó un estudio: Observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal.

### **Población lugar y tiempo de estudio:**

Mujeres embarazadas con diagnóstico de infección de vías urinarias que se encuentren en control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar N° 12 de Ciudad del Carmen, Campeche en el período comprendido del 1° de enero al 30 de junio del 2004.

### **Tipo de muestra y tamaño de la muestra:**

No probabilística por conveniencia (del 1 de enero al 30 de junio)

## **Criterios de Selección.-**

### **Criterios de Inclusión:**

- ❖ Expedientes de embarazadas adscritas a la UMF12 de Ciudad del Carmen, Campeche.
- ❖ Con antecedente de haber cursado con infección urinaria
- ❖ Adscritas al turno matutino y vespertino de la UMF12 DE Ciudad del Carmen, Campeche
- ❖ Que presentaron amenaza de aborto, parto prematuro o mortinato.

### **Criterios de exclusión**

- ❖ Embarazadas que tengan diabetes mellitus tipo 1 y 2.
- ❖ Embarazadas con diabetes gestacional.
- ❖ Embarazadas con malformaciones de vías urinarias
- ❖ Embarazadas con hipertensión arterial sistémica.

### **Criterios de eliminación.**

- ❖ Embarazadas que no hayan llevado control prenatal.
- ❖ Se eliminaron las pacientes que acudieron menos de 7 veces a sus consultas de control prenatal que fue un 51%.

## VARIABLES

<b>Variable De Interés o Independiente</b>	<b>Definicion Conceptual</b>	<b>Definicion Operacional</b>	<b>Escala de Medición</b>
Abortos	Embarazadas sintomáticas con infección urinaria hasta la semana 20 de la gestación	Valoración de EGO y urocultivos en expedientes con presencia de síntomas	Nominal
Partos prematuros	Embarazadas sintomáticas con infección urinaria a partir de la semana 21	Valoración de EGO y urocultivos en expedientes	Nominal
Mortinatos	Ausencia de vitalidad fetal	Antecedentes de pérdida del producto en exp.	Nominal
<b>Variable De Exposición o Dependiente</b>	<b>Definicion Conceptual</b>	<b>Definicion Operacional</b>	<b>Escala de Medición</b>
Embarazadas	Amenorrea 2ª.	PIE positivo	Nominal
Infección de Vías Urinarias	Presencia de síntomas urinarios	EGO ó urocultivo positivo a infección urinaria	Nominal

### **Procedimientos a Realizar:**

Se realizara la búsqueda en las RAIS de pacientes embarazadas con infección urinaria del total de pacientes embarazadas.

- ❖ Se evaluaran expedientes de embarazadas con diagnostico de infección urinaria en el periodo del 1enero al 30 Junio del 2004.
  
- ❖ Se tomaran en cuenta resultados de Examen General de Orina con mas leucocitos de 10 x campos, presencia de nitritos y bacterias y los urocultivos con más de 100,000 col/ml orina en ausencia de síntomas.
- ❖ Se tomara en cuenta las embarazadas que tengan amenaza de aborto parto prematuro o mortinato.

Los resultados obtenidos se analizaran a través de estadística descriptiva la cual nos permitirá obtener frecuencias simples y medidas de tendencia central.

### **Consideraciones éticas:**

La ley de salud en materia de investigación con apego a lo establecido en el artículo 13, Fracción V. Donde se menciona el respeto a los pacientes, su dignidad y anonimato y la libre elección de participar en estudios. Respecto al artículo 21, a todos los seleccionados se les solicitara su participación voluntaria y se les informara de los motivos del estudio.

## RESULTADOS

En el periodo comprendido del 01 de enero al 30 de junio del 2004 se evaluaron expedientes de 641 mujeres embarazadas, de las cuales solo el 14% reunieron los criterios de inclusión. Tomando en cuenta los 10 consultorios de la UMF12 del turno matutino y vespertino. (Grafico 1)

Del total de pacientes embarazadas evaluadas que cursaron con infección de vías urinarias, estas presentaron un promedio de edad de 23.4, mismas que presentaron Amenaza de aborto en un 8%, Abortos en un 1%, partos pretermino en un 1 % y mortinato 0%. (Grafico 2) como observo el Dr. Vitelio Velasco Murillo<sup>15</sup> respecto a los partos preterminos desencadenados por infección urinaria.

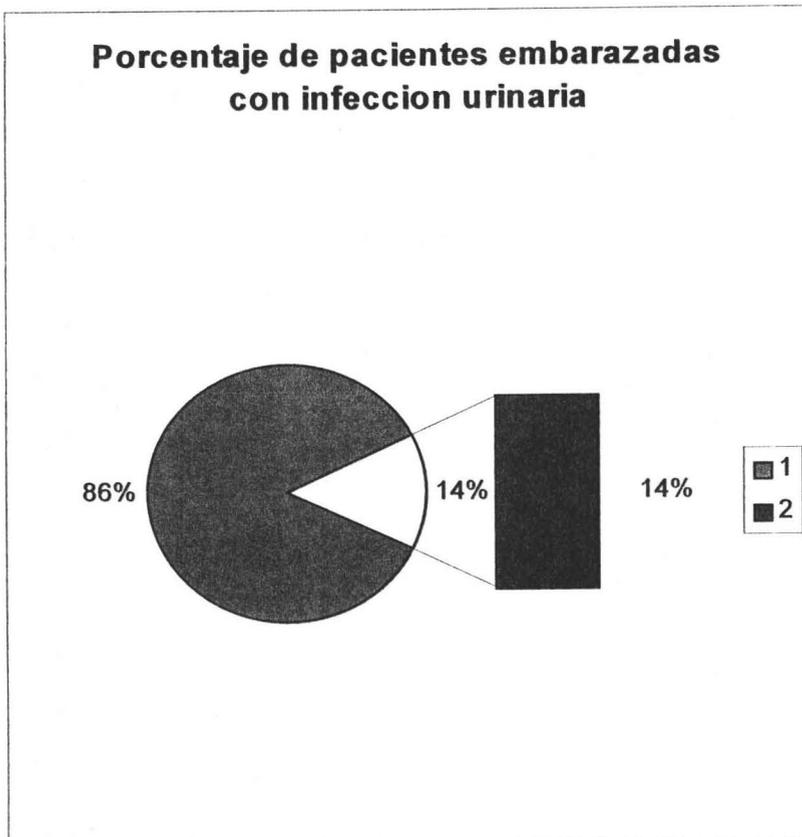
El 17% de las Embarazadas con Infección de Vías Urinarias, fue adolescentes (Grafico 3) factor importante ya que coloca a la paciente en un riesgo obstétrico intermedio como menciona el Dr. Juan Antonio Trejo Pérez y Col<sup>1</sup>; de las cuales todas llegaron a embarazo de término sin complicaciones ya que recibieron un manejo oportuno al realizarse un EGO en la primera consulta según la norma oficial Mexicana<sup>16</sup>.

El 33% (Grafico 4) tenían factor de riesgo elevado<sup>1</sup> y el 51% tenían consultas de control prenatal mayor de 7 de acuerdo a la norma de control prenatal<sup>16</sup>. (Grafico 5)

De las pacientes que reunieron los criterios de inclusión un 69% recibieron tratamiento con ampicilina siendo el de primera elección en las infecciones urinarias como comenta el Dr. Félix Arturo Leyva González y Col<sup>10</sup>, el 19% paciente con nitrofurantoina y el 12% de estas pacientes no recibieron ningún manejo o al menos no aparecía plasmado en el expediente. (Gráficos 6)

Respecto el expediente de las pacientes seleccionadas y la evolución, solo el 5% se realizo urocultivo de las cuales correspondiente al 33% los urocultivos positivos. (Gráficos 7) Donde pudimos corroborar que no existe apego a la norma por parte de los médicos familiares, de solicitar un urocultivo en la semana 12 y 16 como menciona la Dra. Blanca Hernández y Col.<sup>2</sup> De estos se observo que el 33% de los que resultaron positivos recibieron tratamiento con ampicilina con buena evolución. (Grafico 8)

**GRAFICO N° 1**



Fuente: Expediente Clínico

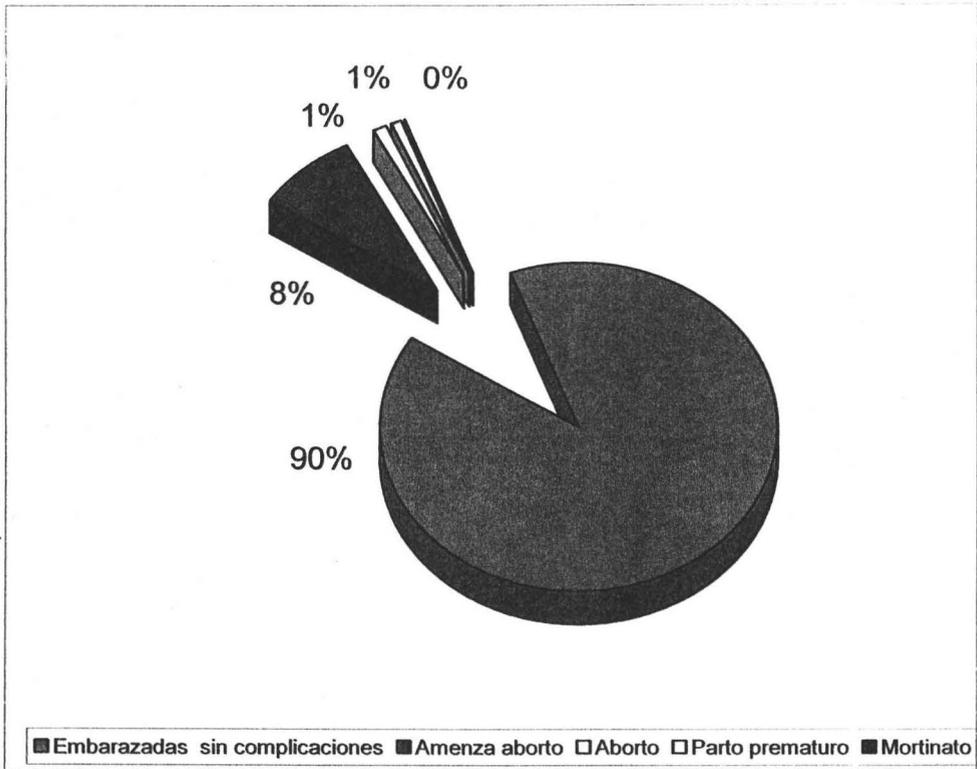
Total de Expedientes: 641

Embarazadas sin IVU = 535 (86%)

Embarazadas con IVU = 106 (14%)

## GRAFICO N° 2

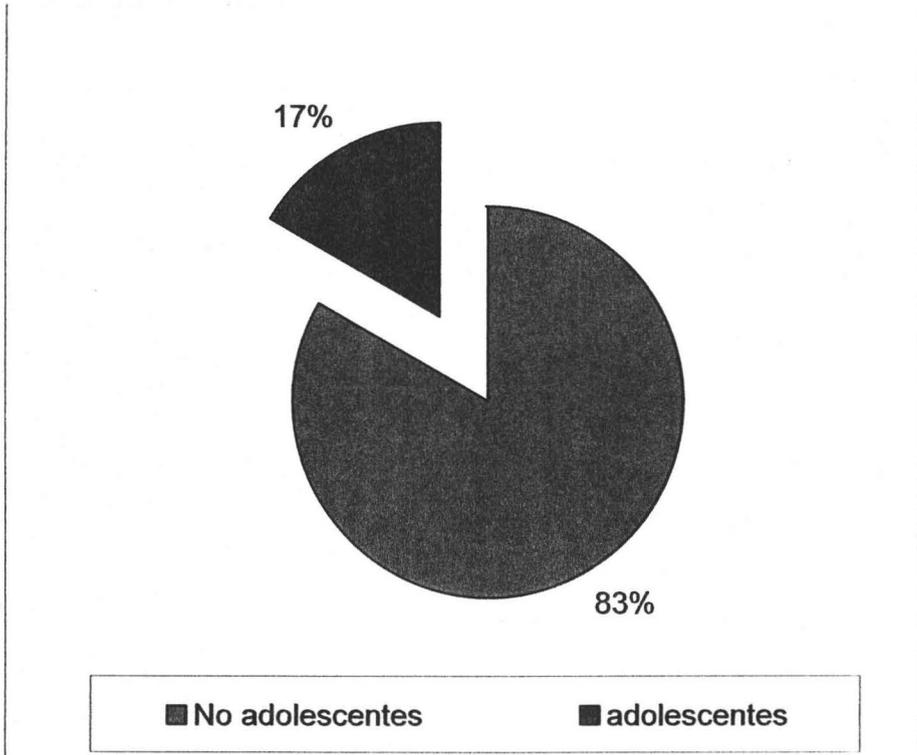
Frecuencias De Amenazas De Aborto, Abortos, Partos Prematuros Y Mortinatos En Embarazadas Con IVU.



Fuente: Expedientes Clínicos

### GRAFICO N° 3

#### Frecuencias de Adolescentes en Embarazadas con IVU



Fuente: Expedientes Clínicos

### GRAFICO N° 4

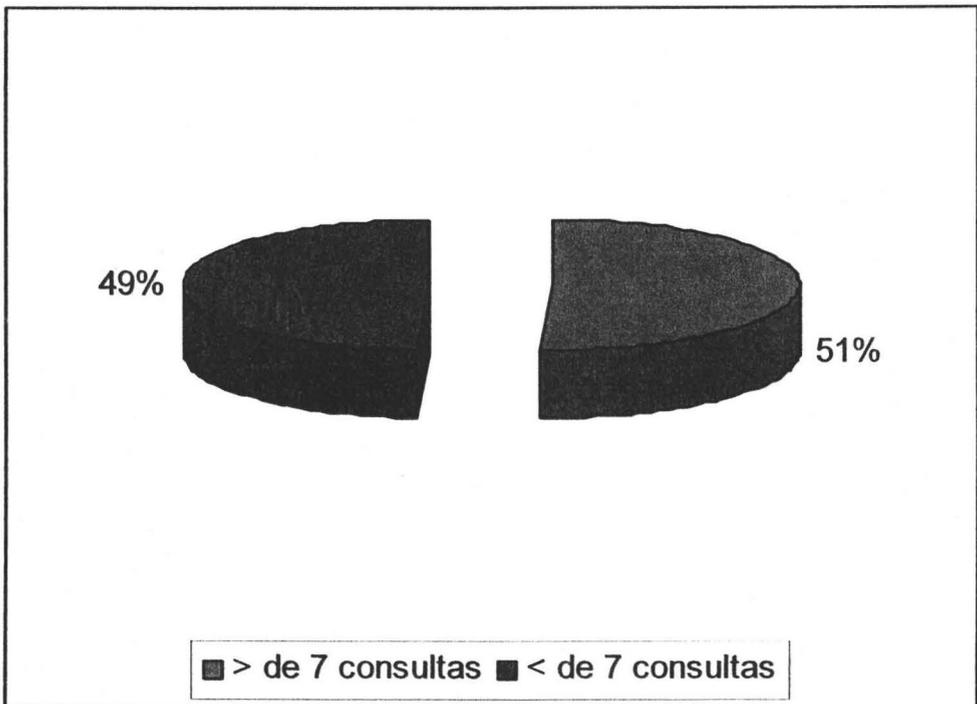
#### Frecuencias de Riesgo en Embarazadas con IVU



Fuente: Expedientes Clínicos

### GRAFICO N° 5

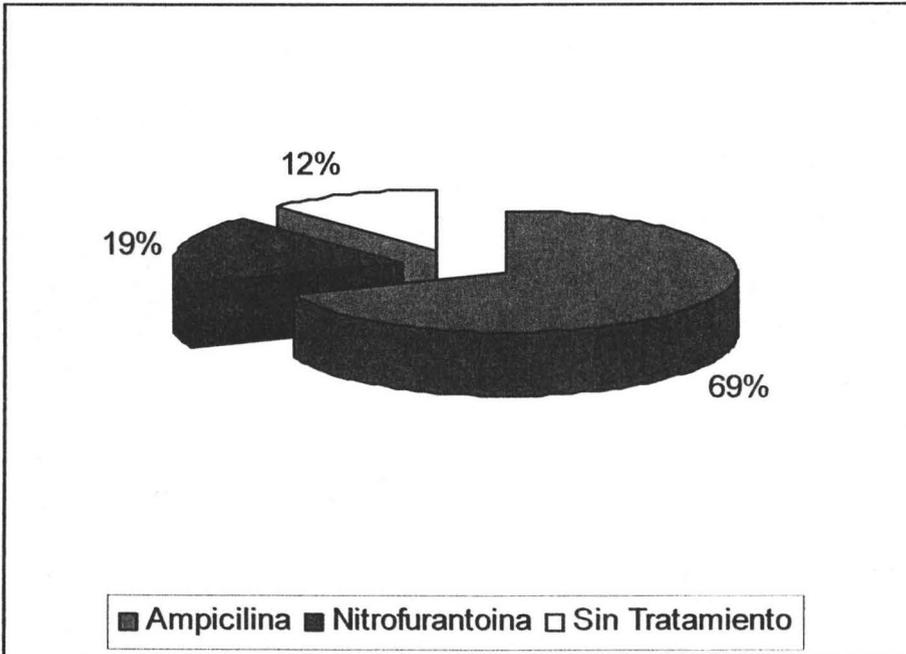
Frecuencias de mas de 7 Consultas de Control prenatal en las Embarazadas con IVU



Fuente: Expedientes Clínicos

### GRAFICO N° 6

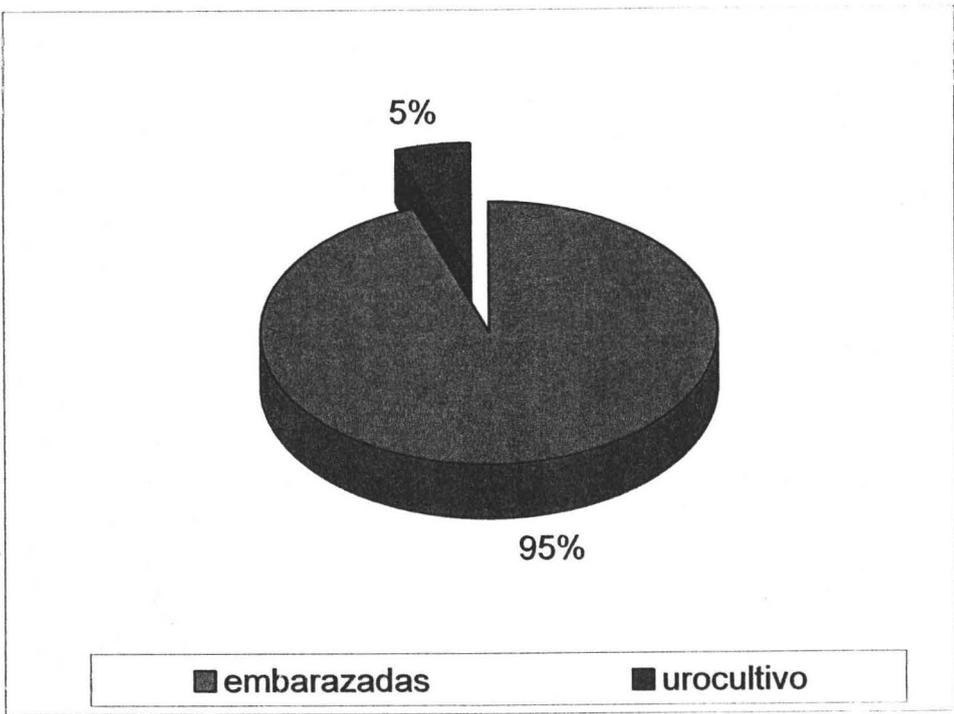
Frecuencias de Tratamientos en las Embarazadas con IVU



Fuente: Expedientes Clínicos

**GRAFICO N° 7**

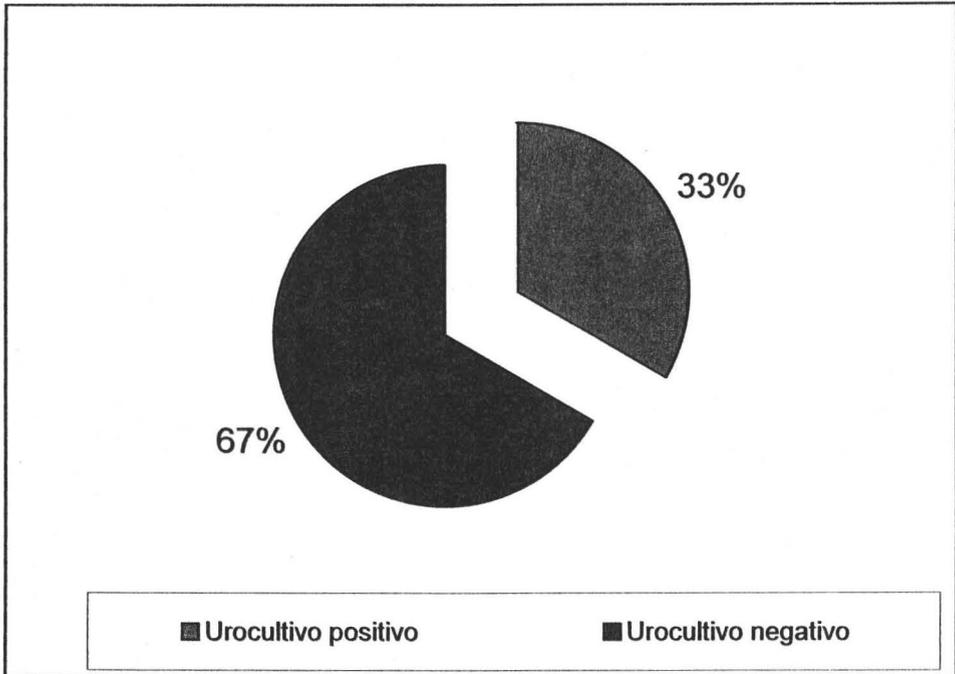
**Frecuencias de Urocultivos realizados en las Embarazadas con IVU**



Fuente: Expedientes Clínicos

**GRAFICO N° 8**

**Frecuencias de Urocultivos positivos y negativos en las Embarazadas con IVU**



Fuente: Expedientes Clínicos

## DISCUSION

Para las instituciones de salud es prioritaria la evolución de la salud materno-fetal desde el momento de la concepción, de ahí el interés de realizar un programa de salud para el bienestar del binomio, por lo que el manejo de la madre desde la concepción del producto, en las instituciones de salud es de vital importancia lo anterior con el fin de evitar complicaciones. <sup>1</sup>

Aunque dentro de las complicaciones más frecuentes relacionadas con la IVU podemos mencionar la pérdida del producto, la amenaza de aborto, abortos y partos prematuros misma que observo el Dr. Vitelio Velasco Murillo.<sup>15</sup>

Respecto de lo anterior se realizo este estudio en el que se observo que el 90% de las pacientes con infección urinaria fue asintomática y se detecto mediante el EGO que sé realiza en forma rutinaria en estas pacientes dato similar al mencionado por Nava y cols. <sup>9</sup>.

Dentro del porcentaje de pacientes con infección urinaria observadas solo el 8% presenta amenaza de aborto sin llegar a perder el producto, el 1% aborto y solo el 1% presentaron partos pretermino debido a los cambios anatómico funcional que sufre la mujer durante la gestación situación comentada por Hernández Leyva y cols.<sup>2</sup>

Observamos que de todas nuestras pacientes solo a un 5 % se realizó urocultivo y encontramos que los médicos de la UMF12 no se apegan al manejo de las pacientes embarazadas con exámenes rutinarios de urocultivos en la semana 12 y 16, según la norma como mencionan en el PREVEIMSS<sup>1, 2, 10</sup>.

Dentro de los urocultivos realizados, solo se encontraron positivos el 33% mismos que se les otorgó manejo con tratamiento según la norma (ampicilina a ambas pacientes con buena evolución y sin presentar complicaciones) tratamiento similar al mencionado por autores como Zesati y Col.<sup>7</sup> Lurro y Col.<sup>8</sup>

En el presente estudio de los objetivos específicos de las embarazadas que acudieron a la UMF12 solo se observó una frecuencia del 14 % con infección urinaria misma que se diagnosticó mediante examen general de orina ó urocultivos que se realizó desde el primer control según la Norma Oficial Mexicana<sup>16</sup>.

Se obtuvo la tasa de frecuencia de amenaza de partos pretermino en un 1%. Misma que se corroboró su asociación a la infección urinaria como observó Lorle F. Cram Et. Al<sup>4</sup>.

Se conoció la frecuencia de pérdida de producto en aborto 1% y mortinatos 0% Presentándose la paciente que aborto ya con modificaciones cervicales en la primera consulta, donde además se corroboró una infección urinaria mediante un EGO.

Se determinó la frecuencia de pacientes a las cuales se diagnosticó infección urinaria a través de un urocultivo en un 5%.

También se determinó la frecuencia de tratamiento a las pacientes con urocultivos positivos en un 100%, donde se otorgó manejo con ampicilina<sup>10</sup>.

También el manejo de las pacientes con infección urinarias de acuerdo a los parámetros de leucocitos más de 10 por campo en el ego y presencia de bacterias un porcentaje de pacientes recibió manejo con ampicilina un 69 % y con nitrofurantoina 19 % como medicamento de segunda elección de las pacientes con buena evolución como comenta J.A. Usandizaga y Col.<sup>12</sup>

Se encontró también que de estas pacientes 12 % no tuvieron tratamiento a pesar de haberse diagnosticado infección urinaria mediante un general de orina ó al menos no aparece plasmado en su expediente por partes de los médicos familiares.

Se observó de estas 106 pacientes embarazadas con infección urinaria un rango promedio de edad de 23.4 de estas cursaron con embarazo de alto riesgo 16%, fueron 10 % adolescentes embarazadas lo que coloca a estas pacientes en un rango de riesgo obstétrico intermedio<sup>2</sup>.

## CONCLUSIONES

El presente estudio se realizo con el fin de conocer la frecuencia de abortos, partos prematuros y mortinatos en embarazadas que cursan con infección urinaria en el periodo del 1° de enero del 2004 al 30 de junio del 2004.

Lográndose este objetivo al encontrar una frecuencia de abortos en un 8%, de las cuales se resolvió adecuadamente sin pérdida del producto. En un 1% se observó un aborto el cual no fue tratado adecuadamente ya que la paciente cuando llego a consultar por primera vez presentaba modificaciones cervicales terminando en aborto.

También de estas pacientes solo el 1% presenta amenaza de parto prematuro mismo que se resolvió con una evoluciono favorable y lográndose involución de los síntomas para llegara a feliz termino el binomio madre-hijo.

En el presente estudio se hallo que de las pacientes estudiadas ninguna presento mortinatos. Finalmente podemos concluir que las pacientes que acuden a la consulta de la UMF12 para control prenatal no programan su embarazo y llegan al final del primer trimestre o al inicio del segundo trimestre de la gestación por primera vez a su control, condición que puede estar generando que su solicitud de orina se pide muchas veces muchas veces después de la semana 12. Por ello es importante llevar a cabo el enfoque de riesgo en nuestras pacientes en edad reproductiva, dada la importancia de realizarse exámenes rutinarios de

orina antes de programar un embarazo o acudir antes la sospecha del mismo desde el primer momento (vida sexual activa sin métodos de planificación familiar), por el riesgo que llegar en terminar con amenaza de aborto o mortinato. Lo que además ocasiona alteraciones en el núcleo familiar, sobre todo cuando es un embarazo deseado.

Concluyendo, de acuerdo a lo observado que los médicos del primer nivel de atención no tiene un manejo adecuado del control de las infecciones urinarias No realiza seguimiento del caso con citas a la paciente para el control de infecciones urinarias después del tratamiento. Tampoco solicita urocultivo en la semana 12 y 16 de la gestación<sup>5</sup>. Lo que aumenta la frecuencia de las complicaciones por infección de vías urinarias en pacientes que llevan su control prenatal en la UMF 12 de Ciudad del Carmen, Camp. Por lo que habría que unificar criterios respecto al manejo de estas pacientes para disminuir el riesgo amenaza de abortos, amenaza de partos prematuros ó mortinatos y también abortos y partos prematuros.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1) Trejo A, Leyva B, Daniel Rene Ducoig Díaz, Leopoldo Vázquez Estrada, Patricia Tome Sandoval. Salud Positiva, GUÍA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN PRENATAL. Capitulo 6 PREVE IMSS.
- 2) Blanca Hernández Leyva González, Juan Antonio Trejo Pérez, Daniel Rene Ducoig Díaz, Leopoldo Vázquez Estrada. Patricia Tome S. GUÍA CLÍNICA. PARA LA ATENCION PRENATAL. Rev. Med. IMSS 2003: S 29- S 69.
- 3) Dr. Luis Eduardo Romero Nava, Dra. Silvia Rodríguez Colorado, Dra. María del Pilar Velásquez Sánchez, Dr. Jorge Ralf Kunhardt Rach. INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS BAJAS y HALLAZGOS CISTOSCOPICOS EN EL SERVICIO DE UROGINECOLOGÍA del Instituto Nacional de Perinatología. Rev. de Ginecología y Obstetricia de México. Vol 71, Oct 2003: 508-514.
- 4) Lorle F. Cram. Et. Al. GENITOURINARY INFECTIONS AND THEIR ASSOCIATION WITH PRETERM LABOR. Department of Family Practice al Christus St. Joseph Hospital, Houston, Texas. Journal of the. America Academy of Family Physician. Vol 65 Janaury 15. 2002. Contents.
- 5) Dr Juan R Issler. INFECCIONES DEL TRACTO GENITAL INFERIOR. Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina N° 102- Marzo 2001. Pág.21-38. [http://unne.edu.ar/revista/revista102infec\\_trac\\_genit.html](http://unne.edu.ar/revista/revista102infec_trac_genit.html).
- 6) Dra. Viana Zulaica, Cristina Molina Poch, Francisca Diez Vázquez, Milagros Castro Arza. INFECCIÓN URINARIA DEL ADULTO. Coruña España Guías Clínicas 2002: 2 (34).
- 7) Dr. Roberto Villagrana Zesati, Dra. Selene Sam Soto. ETIOLOGÍA, FRECUENCIA Y COMPLICACIONES DE LA INFECCIÓN URINARIA EN GINECOOBSTETRICIA. Departamento de Infectología del Instituto nacional de Perinatología. Rev. de Ginecología y Obstetricia de México; Vol. 70 Suplemento 1, 2002: 33-34.
- 8) Dr. Martín Lurro, Dr. J.F. Cano Pérez. CONCEPTO ORGANIZACIÓN Y PRACTICA CLINICA. Atención Primaria 4° edición: 605-606.

- 9) Dr. Félix Arturo Leyva González, Dra. María Félix Salas Romero. BACTERIURIA ASINTOMÁTICA Y RECURRENTE EN EL EMBARAZO Y BAJO PESO AL NACIMIENTO. UMF10 IMSS, Jalapa, Ver. Rev. Med. IMSS 1998. 36 (1): 39-43.
- 10) INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS. Guía Diagnóstico Terapéutica. REVM Med, IMSS 1998; 36 (4): 293-305.
- 11) ATENCIÓN PRENATAL EN MEDICINA FAMILIAR. Guía Diagnóstico Terapéutica. Rev. Medica IMSS 1998; 36 (1): 45- 60.
- 12) J. A. Usandizaga, P de la Fuente. ENFERMEDADES MATERNAS DEL EMBARAZO. ENFERMEDADES DEL APARATO URINARIO. Tratado de Ginecología y Obstetricia. Vol 1; 1997: 438-439.
- 13) Dr. José Manuel Hernández García. ENFERMEDADES MATERNAS DEL EMBARAZO. PARTO PRETERMINO. Tratado de Ginecología y Obstetricia Vol. 1; 1997: 342.
- 14) Dr. José A. Arévalo, Tomas S Nesbith. PROBLEMAS MEDICOS DURANTE LA GESTACIÓN. Robert B. Taylor 5° edic. 2001: 10-101.
- 15) Vitelio Velasco Murillo. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL PARTO PRETERMINO: LO NUEVO ACERCA DEL VIEJO PROBLEMA. Rev. Med. IMSS 2001; 39 (5): 417 –427.
- 16) Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención DE la mujer durante el embarazo, parto y puerperio del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
- 17) Rivero, M; Schaab, A, Hrycuk, G; Melian, C; Comes, C servicio de Tocoginecología, Hospital Llano. INFECCIÓN URINARIA DURANTE EL EMBARAZO SE ASOCIA A POCOS RESULTADOS PERINATALES.  
[http://med.unne.edu.ar/fisiologia/revista3/infeccion\\_urinaria.htm](http://med.unne.edu.ar/fisiologia/revista3/infeccion_urinaria.htm)