



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO.



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
HERMOSILLO, SONORA.**

**“FRECUENCIA DE BACTERIURIA
ASINTOMÁTICA EN EMBARAZADAS”**

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

DRA. ALMA GUADALUPE TORRES VAZQUEZ.

HERMOSILLO, SONORA

FEBRERO 2007



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.

“FRECUENCIA DE BACTERIURIA ASINTOMÁTICA EN EMBARAZADAS”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DRA. ALMA GUADALUPE TORRES VAZQUEZ.

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA.
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.
FACULTAD DE MEDICINA.
UNAM.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA.
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.
FACULTAD DE MEDICINA.
UNAM.

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

“FRECUENCIA DE BACTERIURIA ASINTOMÁTICA EN EMBARAZADAS”

PRESENTA:

DRA. ALMA GUADALUPE TORRES VAZQUEZ.

AUTORIZACIONES:

DR. EFRAÍN LAUTERIO GARCÍA.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS.
Y ASESOR DEL TEMA DE TESIS.
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PROFESOR. MIGUEL NORZAGARAY.
ASESOR DE METODOLOGÍA DE TESIS.

DR. JOSE RAMON MORENO DIAZ.
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

HERMOSILLO, SONORA

FEBRERO 2007

AGRADECIMIENTOS.

A DIOS.-

POR DARME LA OPORTUNIDAD DE CONOCER LA VIDA.

A MIS PADRES.

**POR DARME LA VIDA Y LLENAR MI ALMA DE VALORES INVALUABLES
SOBRE EL AMOR Y LA VIDA.**

A MI FAMILIA.

**A MI ESPOSO: POR EL AMOR QUE AUN LE PROFESO.....
A MIS HIJOS: JOSECITO, JESUCITO, LUPITA Y FERNANDITO POR SER
LO MAS IMPORTANTE DE MI VIDA.**

A MIS AMIGOS.

**JOVITA, MARTITA, JESÚS, MARIA DE LA PAZ, ELIZABETH, DINORA,
ALBERTO, ANGELINA Y ELVIRA POR TODO EL APOYO QUE SIEMPRE
RECIBI DE ELLOS.**

AL DR. EFRAIN LAUTERIO GARCIA:

**POR SU TOLERANCIA Y APOYO EN TODOS NUESTRO QUEHACER
EDUCATIVO COMO NUEVOS MEDICOS FAMILIARES...¡GRACIAS!**

ÍNDICE

	Pág.
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	8
1.1. Definición de bacteriuria	8
1.2. La bacteriuria en las mujeres embarazadas	8
1.3. Detección de bacteriuria en la consulta externa	9
1.4. Complicaciones de la bacteriuria en mujeres embarazadas	10
CAPÍTULO II. MATERIAL Y MÉTODOS	11
2.1. Planteamiento del problema	11
2.2. Justificación	11
2.3. Objetivos	12
2.4. Criterios de inclusión	12
2.5. Criterios de exclusión	12
2.6. Variables	13
2.7. Definición conceptual de las variables	13
2.8. Tamaño de la muestra	13
2.9. Tipo de estudio	14
2.10. Cédula de recolección de datos	14
2.11. Descripción general del estudio	14
2.12. Análisis de datos	15
2.13. Resultados	16
2.13.1. Descripción de variables	17
2.13.2. Asociación de variables	20
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	23
3.1 Discusión	23
3.2. Conclusiones	24
3.3. Recomendaciones	25
BIBLIOGRAFÍA	26
ANEXO	29

INTRODUCCIÓN

La Bacteriuria Asintomática (B.A.) se refiere a la presencia de bacterias que se multiplican activamente en las vías urinarias sin provocar síntomas. La orina de las embarazadas favorece el crecimiento bacteriano en un porcentaje mayor al de las mujeres no embarazadas. Por tanto, es importante investigar la presencia de bacteriuria en todas las mujeres grávidas y tratar a las que presenten cultivos urinarios positivos. ^(1,2,3,4)

Si la orina es estéril al comienzo del embarazo, por lo general permanece así hasta el término. Sin embargo, un pequeño número de embarazadas (1 al 2%) en quienes los cultivos de orina iniciales son negativos, desarrollan después bacteriuria. ^(5, 6,7)

Mediante el presente trabajo se demuestra la presencia de bacteriuria asintomática durante el embarazo como una entidad patológica frecuente, dicho estudio se llevo a cabo en mujeres embarazadas que acudieron a la Consulta Externa de la U.M.F. Num. 65 del I.M.S.S.

Para determinar la frecuencia de Bacteriuria Asintomatica se evaluaron 68 muestras de orina de mujeres embarazadas durante el periodo comprendido de Enero – Diciembre del 2005.

A través de un documento de captación de datos se obtuvieron la edad de la paciente, numero de gestas, partos, abortos y cesáreas, así como el estado civil y la ocupación. Dicho documento fue aplicado por los médicos familiares de la unidad para posteriormente hacer la recabacion de datos y realización de un análisis estadístico que nos muestra la presencia de bacteriuria asintomática en los 68

documentos llenados, ninguno fue descartado ya que solo se aplicaron a mujeres embarazadas que presentaban alteraciones morfológicas y celulares en el examen general de orina y que se encontraran asintomáticas. ^(4, 8)

Se concluyó que hay una alta frecuencia de esta entidad patológica en este grupo poblacional y se debe ser inquisitivo en la detección oportuna de la bacteriuria asintomática desde antes del embarazo y en los trimestres de gestación subsecuentes.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1. Definición de bacteriuria

La bacteriuria asintomática se puede definir como la presencia de bacterias en multiplicación activa en algún punto de las vías urinarias, excepto en la zona distal de la uretra, en un momento en que la mujer no tiene síntomas en las vías mencionadas. ^(6, 9,10)

Puede definirse también como la presencia de bacterias que se multiplican activamente en las vías urinarias sin provocar síntomas. ^(6,10,11)

La palabra bacteriuria define la presencia de bacterias en la orina, la que no es sinónimo de infección del tracto urinario; indica colonización sin evidencia de invasión y la infección del tracto urinario es indicativa de bacteriuria con invasión evidente. ^(2,9,12,13,)

Otros definen la B.A. como la presencia de bacterias en la orina sin dar síntomas de infección.

La orina en embarazadas favorece el crecimiento bacteriano en un porcentaje mayor al de las mujeres no embarazadas. ^{(14,15).}

1.2. La bacteriuria en las mujeres embarazadas

Es importante investigar la presencia de bacteriuria en todas las mujeres grávidas y tratar a las que presenten cultivos urinarios positivos. ^(7,10,12, 16,17)

Su frecuencia durante el embarazo varía entre 2 y 11% ⁽¹³⁾. La gran mayoría de las bacterias preexistían ya antes del embarazo y por lo tanto son detectados en la primera visita prenatal. El porcentaje de las bacterias adquiridas se sitúa alrededor

del 1 al 3.5%. El riesgo de adquirir una B.A. en el transcurso del embarazo aumenta progresivamente desde un 0.8% en la semana 12 hasta un 1.9% al final del tercer trimestre, en un 20 – 40% de bacteriurias no tratadas en la embarazada evolucionan a pielonefritis aguda en algún momento de la gestación, lo que significa que entre el 70 y 80% de las pielonefritis están precedidas de Bacteriurias.^(7,10,12,17)

La B.A. no tratada es capaz de originar cistitis sintomática hasta en un 30% de las pacientes y pielonefritis en el 50%.

Hay múltiples estudios que sustentan que la B.A. está relacionada con amenaza de parto prematuro y trastornos del crecimiento fetal. Esto justifica el tamizaje de rutina prenatal, tratarla es prevenir el parto prematuro.

Los factores de riesgo que afectan la frecuencia de B.A. incluyen: edad, paridad, edad gestacional, estatus socioeconómico, anemia y antecedentes de infección urinaria.^(12,18,19,20)

1.3. Detección de bacteriuria en la consulta externa

Tomando en cuenta que la Unidad de Medicina Familiar lleva a cabo la atención en primer nivel y la Prevención oportuna a través de la detección precoz, es de vital importancia el uso de los exámenes de laboratorio de rutina básicos en el control prenatal para el diagnóstico y tratamiento temprano.⁽²¹⁾

1.4. Complicaciones de la bacteriuria en mujeres embarazadas

Como se mencionó anteriormente, la B.A. no tratada puede ser la precursora de complicaciones hasta en el 40% de los casos; las complicaciones más comunes pueden ser la pielonefritis y la cistitis. ^(22,23)

La pielonefritis aguda durante el embarazo puede producir complicaciones serias como sepsis materna y amenaza de parto prematuro. El diagnóstico es realizado en presencia de bacteriuria acompañado de síntomas sistémicos como fiebre, escalofríos, náuseas, vómitos y dolor en los flancos. Los síntomas urinarios bajos pueden no estar presentes. Requiere tratamiento agresivo, la hospitalización se indica ante signos de sepsis, vómitos con deshidratación, y contracciones uterinas. ^(24,25,26)

La pielonefritis aguda requiere administración de antibióticos en forma parenteral hasta que la paciente se encuentre afebril, normalmente responden luego de 24 a 48 horas. La principal causa de la falta de respuesta al tratamiento es la resistencia antibiótica, y menos frecuente son anomalías anatómicas, abscesos perinéfricos o urolitiasis. ^(27, 28,29)

CAPÍTULO II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Planteamiento del problema

¿Cuál es la frecuencia de Bacteriuria Asintomática (B. A.), asociada con el número de gestas, partos, edad y la ocupación en mujeres embarazadas?

2.2. Justificación

La frecuencia de B. A. en las gestantes oscila entre 4 – 7%, con un rango del 2 – 10 % dependiendo de la población estudiada; la mayoría de esta B. A. tienen origen antes del embarazo (3 – 5 %) y el porcentaje de adquiridas durante el embarazo es aproximadamente 1 – 2 % . Al parecer su presentación depende del número de partos, la raza y la situación socioeconómica. Se calcula que el riesgo de adquirir B.A. en el embarazo aumenta de un 0.8% en la semana 12, al 1.93% en el tercer trimestre, alcanzando su máximo pico entre la semana 9 – 17 de gestación. Por lo anterior y considerando que las B.A. no tratadas evolucionan a pielonefritis aguda en casi 40 % y esto conlleva a riesgo de parto prematuro, así como también mayor incidencia de recién nacidos de bajo peso, es importante realizar en la primera consulta de atención prenatal determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; en las subsecuentes dependiendo del riesgo) y el examen general de orina desde el primer control, así como la realización de la prueba de oro para B.A., el urocultivo, favoreciendo de esta manera el diagnóstico oportuno de B.A. para su manejo y tratamiento adecuado.

2.3. Objetivos

General

Determinar la frecuencia de bacteriuria asintomática en mujeres embarazadas que acuden a consulta en la unidad medica familiar #65 en Hermosillo, Sonora.

Específicos

- a) Describir las características del grupo de pacientes embarazadas con presencia de B.A. (como son: edad, número de gestas, partos, edad y ocupación).
- b) Determinar la asociación que existe entre las pacientes embarazadas con B.A. y el número de gestas, partos, edad y ocupación.

2.4. Criterios de inclusión

Mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal a la U.M.F. Num. 65 durante el periodo de estudio.

2.5. Criterios de exclusión

Mujeres embarazadas con diagnostico de Infección de Vías Urinarias.

2.6. Variables

Variable dependiente: Bacteriuria asintomática.

Variable independiente: Mujer embarazada.

2.7. Definición conceptual de las variables

Bacteriuria asintomática: Se refiere a la colonización del tracto genitourinario por bacterias que se multiplican de forma activa sin producir ningún tipo de sintomatología.

Mujer: Persona del sexo femenino.

Embarazada: Se define como el período de tiempo por el que cursa una mujer, comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto, su duración aproximada es de 280 días, (de 36 – 40 semanas, 10 meses lunares o casi 9 meses de calendario solar).

2.8. Tamaño de la muestra

Para los fines del estudio, el cálculo del tamaño de la muestra se determinó con un nivel de confianza del 95% y de significancia del 0.05%, obteniéndose un tamaño mínimo de 68 pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión.

2.9. Tipo de estudio

Se realizó un estudio transversal, descriptivo, prospectivo y observacional, el diseño corresponde a una encuesta descriptiva.

2.10. Cédula de recolección de datos

Se captaron los datos en un formato elaborado previamente (ver Anexo).

2.11. Descripción general del estudio

Previo consentimiento verbal, respetando todas las consideraciones éticas, así como reglamentos de la Institución, se solicitó la autorización del personal directivo de la U.M.F. Num. 65 donde se realizó el presente estudio y se llevó a cabo en la consulta externa.

Se aplicó un cuestionario para la identificación de datos de B.A. en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal.

El Instrumento para el estudio fue aplicado por los médicos de la Consulta Externa de Medicina Familiar durante el periodo de Enero a Diciembre del 2005.

Al recabar la información se procedió a evaluar el cuestionario para la identificación de los casos positivos para B.A.

2.12. Análisis de datos

Se utilizó la estadística descriptiva, a través de medidas de tendencia central y de dispersión, así como gráficas y cuadros de frecuencias. Los datos obtenidos se registraron en una distribución de frecuencias y se procesaron de la siguiente manera: para datos nominales se organizaron en cuadro simples y se presentaron por medio de gráficas. Se utilizó el estimador para una proporción poblacional, se usó el estadístico de prueba “t de Student” para muestras independientes y para las asociaciones el coeficiente de correlación de Pearson; se definió significancia estadística cuando $p \leq 0.05$.

2.13. Resultados

A continuación se describen algunos de los factores de riesgo mencionados anteriormente en un grupo de pacientes embarazadas que presentaban B.A. y otros factores más que se consideraron relevantes para una mejor descripción del grupo de estudio (como ocupación y estado civil):

Las mujeres embarazadas y con presencia de B.A. presentaron una edad materna muy amplia (15-40 años) con un promedio de 25 años; el 73.6% tenía entre 21 y 30 años.

La paridad promedio fue de 2.3 embarazos, el 33.8% tenía 2 hijos; la vía de término de embarazo más frecuente fue el parto vaginal (66.2%). Se encontró que las mujeres que tenían entre 1-2 embarazos presentaban la misma edad promedio (22-23 años), mientras que las mujeres con 3 ó más tenían una edad mayor (25-35 años).

La edad gestacional varió entre la 11^{va} y la 34^{va} semana, el promedio de semanas de gestación al momento del estudio fue de 21.5 semanas.

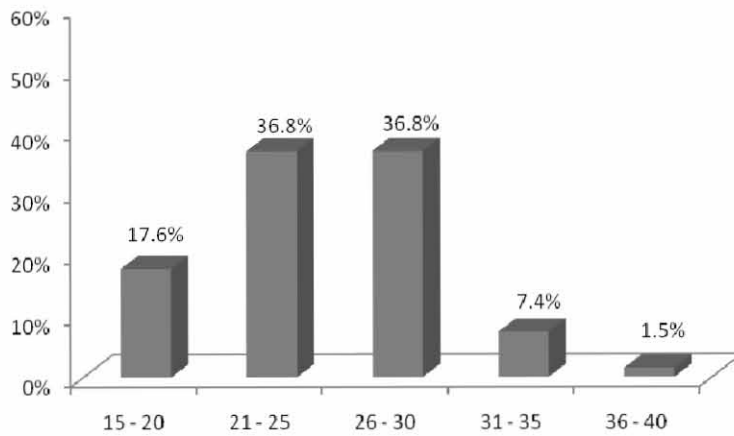
Las ocupaciones más frecuentes fueron el hogar (48.5%) y las obreras (47.1%), se presentaron otras ocupaciones pero con baja frecuencia; el 44.1% eran mujeres casadas y dedicadas al hogar; mientras que el 22.1% eran mujeres obreras que vivían en unión libre. Según la ocupación (hogar-obreras), todas las mujeres se encontraban en edades similares en un rango entre 24-33 años, es decir, eran personas económicamente activas.

Se encontró que las mujeres con pareja (casadas-unión libre) tenían en promedio un mayor número de embarazos (entre 2.2 - 2.4 embarazos) que las mujeres sin pareja (solteras con 1.4 embarazos).

2.13.1. Descripción de variables

Edad

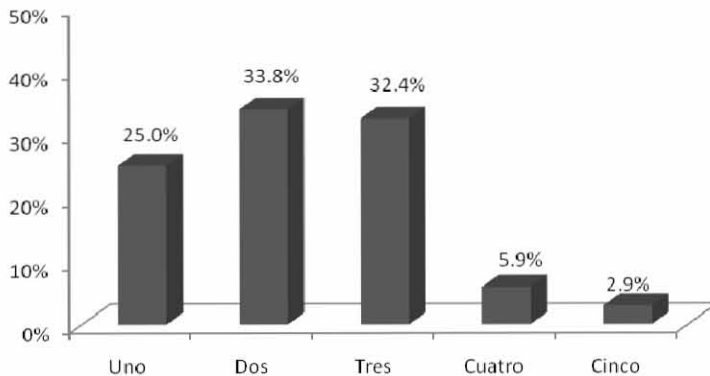
La edad promedio de las pacientes que presentaron B.A. fue de 25 ± 4.7 años, los rangos de edad más frecuentes fueron de 21 a 25 años (36.8%) y de 26 a 30 años (36.8%). Las edades se distribuyeron en un rango entre los 15 a 40 años de edad.



Rango	Pac.	%
15 - 20	12	17.6%
21 - 25	25	36.8%
26 - 30	25	36.8%
31 - 35	5	7.4%
36 - 40	1	1.5%
Total	68	100%

Número de embarazos

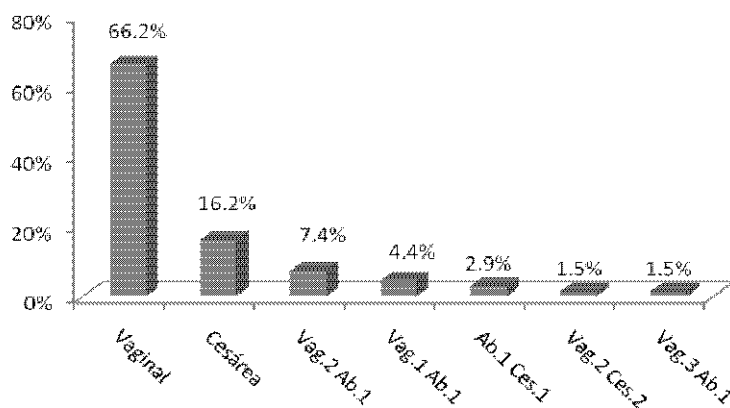
El número de embarazos promedio del grupo de pacientes con presencia de B.A. fue de 2.3 ± 1 , el 33.8% de las pacientes tenía dos hijos, y el 66.2% tenía entre dos y tres embarazos.



No. de embarazos	Pac.	%
Uno	17	25.0%
Dos	23	33.8%
Tres	22	32.4%
Cuatro	4	5.9%
Cinco	2	2.9%
Total	68	100%

Vía de término de embarazo

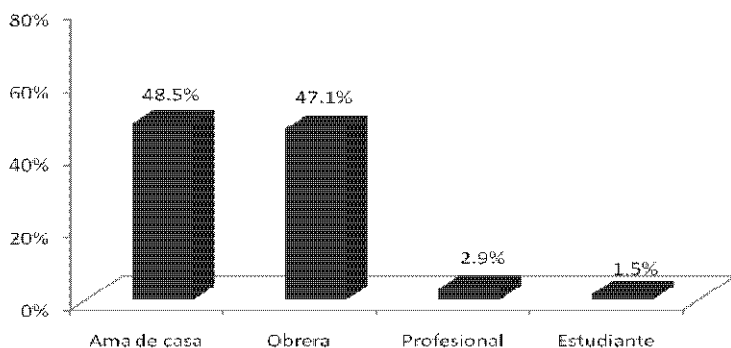
La vía de término de embarazo más frecuente fue el parto vaginal (66.2%), seguido por cesárea (16.2%).



Vía término	Pac.	%
Vaginal	45	66.2%
Cesárea	11	16.2%
Vag.2 Ab.1	5	7.4%
Vag.1 Ab.1	3	4.4%
Ab.1 Ces.1	2	2.9%
Vag.2 Ces.2	1	1.5%
Vag.3 Ab.1	1	1.5%
Total	68	100%

Ocupación

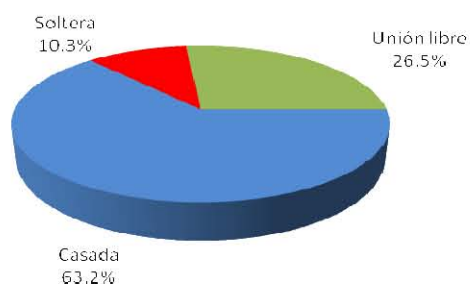
La ocupación más frecuente de las pacientes con B.A. fueron: amas de casa (48.5%) y las obreras (47.1%). Las demás ocupaciones presentaron una menor frecuencia.



Ocupación	Pac.	%
Ama de casa	33	48.5%
Obrera	32	47.1%
Profesional	2	2.9%
Estudiante	1	1.5%
Total	68	100%

Estado Civil

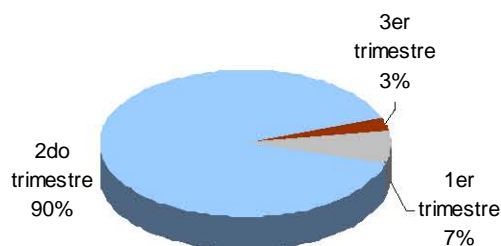
El 89.7% de las pacientes con B.A. tenían pareja, de esas pacientes, el 63.2% estaban casadas, el 26.5% Vivian en unión libre, solamente el 10.3% eran madres solteras.



Edo. Civil	Pac.	%
Casada	43	63.2%
Soltera	7	10.3%
Unión libre	18	26.5%
Total	68	100%

Edad gestacional

La edad gestacional promedio fue de 21.2 ± 5.5 semanas, en un rango entre 11 y 34 semanas. El 89.6% cursaba el segundo trimestre.



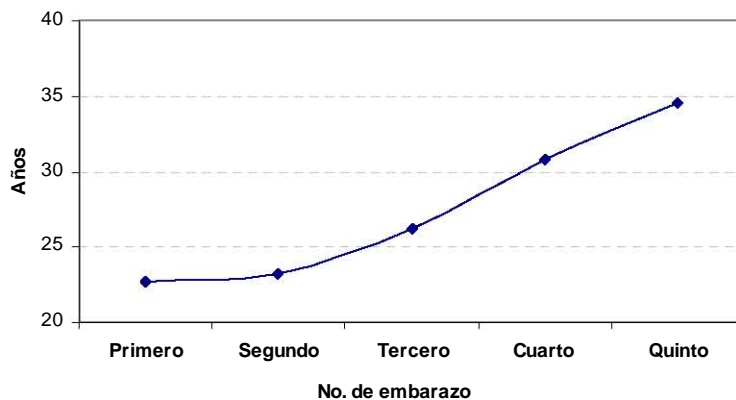
Edad gestacional	Pac.	%
Primer trimestre	5	7.4%
Segundo trimestre	61	89.7%
Tercer trimestre	2	2.9%
Total	68	100%

2.13.2. Asociación de variables

Edad de la madre y el número de embarazos

Al asociar la edad de la madre y el número de embarazos que había tenido se encontró una correlación buena ($r= 0.52$), es decir que el numero de embarazos y la edad de las pacientes si están relacionadas. Para éste análisis se utilizo correlación de Pearson (95% de confianza).

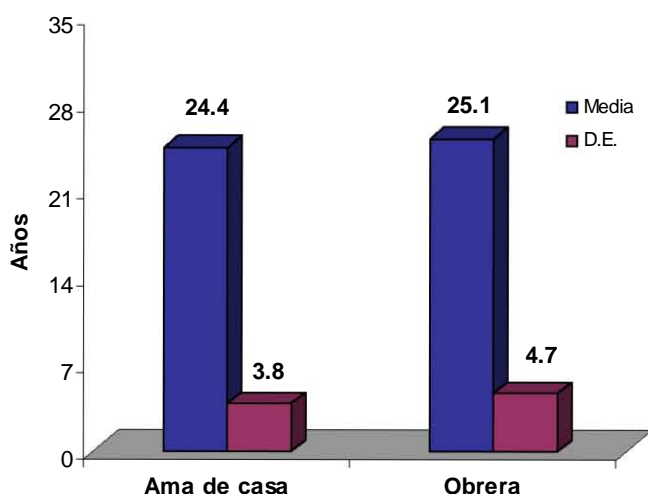
Se comparó la edad promedio de las pacientes en función del número de embarazos correspondientes y se encontró que las pacientes que presentaban el primer embarazo y las que tenían un embarazo previo tenían la misma edad promedio ($p>0.71$), mientras que las que tenían tres hijos o más, presentaban una mayor edad promedio que las pacientes que tenían 2 o menos embarazos ($p<0.009$), aunque tiene lógica, se realizó éste análisis para asegurar con cierta confianza, que la edad promedio de las pacientes con menos embarazos son menores en edad y las pacientes con mayor edad promedio tienes un mayor numero de embarazos (como se observa en la siguiente gráfica). Se utilizó el estadístico “t de Student” para la comparación de muestras independientes. (*DE= Desviación estándar*)



Embarazos	Edad	
	Media	D.E.
Primero	22.6	5.5
Segundo	23.2	3.2
Tercero	26.2	3.1
Cuarto	30.8	1.5
Quinto	34.5	7.8

Edad materna y su ocupación

No hubo diferencias significativas en la edad de las mujeres que trabajan como obreras y las mujeres que permanecen en el hogar, la edad promedio para las pacientes es la misma sin importar la ocupación ($p>0.50$). Se utilizó el estadístico “t de Student” para la comparación de muestras independientes.



Edad		
Ocupación	Media	D.E.
Ama de casa	24.4	3.8
Obrera	25.1	4.7
Otro	33.0	12.5

Estado Civil de las pacientes y el número de embarazos

Se formaron dos grupos de pacientes con el fin de comparar la cantidad de embarazos entre los diferentes estados civiles.

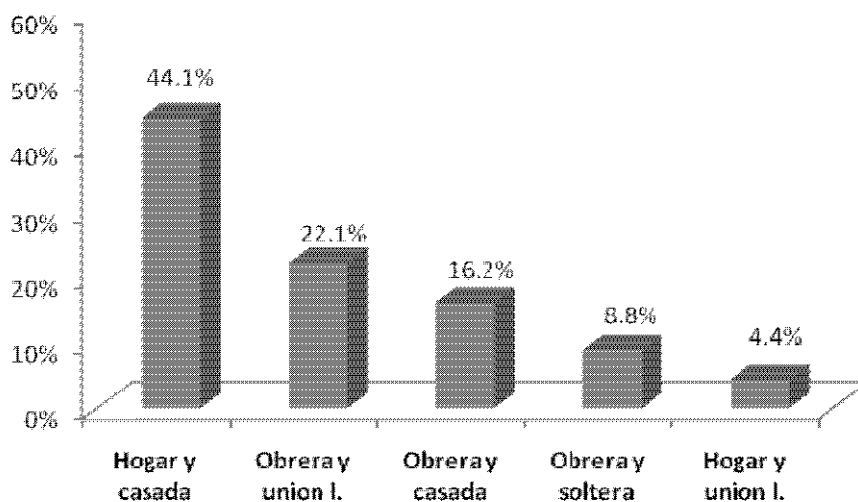
Los dos grupos fueron pacientes que tenían pareja (casadas y unión libre) y las pacientes que no tenían pareja, las pacientes sin pareja (solteras) tenían menor número de embarazos que las pacientes con pareja, ($p<0.02$); no hay diferencia en el número de embarazos entre las pacientes con pareja, es decir, que las pacientes casadas y las pacientes en unión libre tienen el mismo número de embarazos.

Ocupación y el estado civil de las pacientes

En éste apartado se muestran las principales ocupaciones y el estado civil de las pacientes en subgrupos para describir las actividades que realiza (labora o se dedica al hogar) en función del estado civil (casadas, unión libre o solteras).

El 44.1% de las pacientes se dedicaban al hogar y estaban casadas, el 22.1% trabajaban como obreras y vivían en unión libre, y el 16.2% de la muestra eran obreras y casadas.

Ocupación	Edo. Civil					
	Casada		U.L.		Soltera	
Hogar	30	44.1%	3	4.4%	---	---
Obrera	11	16.2%	15	22.1%	6	8.8%
Otro	2	2.9%	---	---	1	1.5%
Total	43	63.2%	18	26.5%	7	10.3%



CAPÍTULO III. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1. Discusión

La presencia de B.A. en la muestra estudiada se encontró fue en el 100% de los casos, lo cual nos habla de la importancia de la detección temprana de esta patología a través del E.G.O. y el Urocultivo como prueba estándar de oro.

Se mencionó en el marco teórico que la frecuencia de bacteriuria asintomática varía entre el 2 - 11%. En el presente estudio se encontró esta patología en el 7.5% de las mujeres embarazadas que se encontraban en el primer trimestre de embarazo, un 89.6% en el segundo y 3% en el tercer trimestre.

Es sabido que los principales factores de riesgo relacionados con la ocurrencia de B.A. en mujeres embarazadas son de tipo demográficos (como edad materna entre 25 y 30 años) y de tipo ginecológicos (como paridad, edad gestacional), como se observan en los resultados obtenidos en este estudio.

3.2. Conclusiones

Este estudio que relaciona la frecuencia de Bacteriuria Asintomática con algunos factores de riesgo, arroja algunas conclusiones que son importantes y que le dan respuesta al problema planteado así como al objetivo general.

- a) La frecuencia de B.A. en mujeres embarazadas atendidas en la UMF No.65 presentada en este trabajo tiene similitud con otros estudios realizados por otros autores.
- b) Un gran número de pacientes con diagnóstico de B.A. eran mujeres casadas y dedicadas al hogar, seguidas por mujeres que trabajan, independientemente de la edad.
- c) Un factor de riesgo analizado es la edad gestacional, en éste grupo de pacientes la detección se realizó en promedio a las 21 semanas, por lo que se pueden prevenir amenazas de parto prematuro u otras complicaciones.

3.3. Recomendaciones

Por la información que se ha recabado, y por los conceptos que en este estudio se han vertido, es muy importante que se recomiende a las autoridades sanitarias poner mayor cuidado en la educación para la salud de las pacientes de alto riesgo en la adquisición de infecciones, ya que las hace altamente vulnerables, sobre todo a las que como en este trabajo se han identificado, ya que la mayoría son obreras.

Por otra parte, se recomienda que el médico familiar en la consulta externa realice a manera inquisitiva y de rutina un urocultivo cuando en el Examen General de Orina se detecten datos de Bacteriuria y la paciente se encuentre asintomática, permitiendo así la prevención de una serie de problemas que ya no prosperarían a complicaciones que pongan en riesgo el binomio madre – hijo.

Finalmente, la razón de ser de los médicos familiares es la prevención y conservación de la salud de la mujer embarazada para evitar la morbi - mortalidad materno - infantil.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Gobernado M, Jiménez Cruz F, Dalet F, De Cueto M, Santos M, De la Rosa M, Jungersten A, Sandberg T. La Infección Urinaria. Procedimientos en Microbiología, Clínica. Scan J Infect Dis. 1999; (4): 40-47
2. Ginestre M, Martínez A, Alaña F, Castellano M, Romero S, Rincón G. Bacteriuria asintomática en mujeres embarazadas: frecuencia y factores de riesgo. Kasmе-29-2-completa Diciembre 2001.
3. Maldonado H, Antolinez L., Solano N, Tejeiro M, Balvuenza A. Prevalencia de Bacteriuria Asintomática en embarazadas de 12 a 16 semanas de gestación. Med UNAB. 2005. 8: (2). P.78-81.
4. Vega N, Saldaña L, López L, Ventura E, Castillo F. Repercusión materno fetal de la infección urinaria asociada al embarazo. Revista de los Estudiantes de Ciencias Médicas de Cuba, 2006; (9): 35-42.
5. Gilstrap L, Ramón S. Urinary Tract Infections During Pregnancy Obstet. Gynecol Clin North Am. 2001; 28:(3) p. 581-591.
6. Rivero M, Schaab A, Hryciuk G. La infección urinaria durante el embarazo se asocia con pobres resultados perinatales. Rev Med Nordeste. 2002. 3:(1), p.35-38.
7. Pielonefritis Aguda Complicada durante el embarazo. Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia ISSN 0717-75. 67:(5) versión on-line 368-371, 2000.
8. Álvarez L, Cruz J, Garan A, Lens V. Infección Urinaria y Embarazo. Diagnóstico y Tratamiento. Revista de Postgrado de la VI Cátedra de Medicina 2006. 155:(1). P.20-23.

9. Blanco M, De la Rosa M, Antoniaq D, Cacho J. Microbiología de la Infección Perinatal. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Vol. I Ed. Macraw Hill Interamericana.
10. Quiroga C.A. Infección de las vías urinarias en la mujer gestante. PROAGO. Editorial Panamericana 2000. Cuarto ciclo, Modulo 1. p.79-97.
11. Silmi J, Blázquez J. Infecciones Urinarias. Aspectos Conceptuales. Nefro Red. Portales Médicos. Com. .
12. Infección Urinaria en el embarazo. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia-SEGO. Ediciones Mayo, 2001.
13. Scout R.J., DiSara P., Hammond Ch., Tratado de Obstetricia y Ginecologia. Danforth:8va. Edicion Pag. 361, 2000.
14. Lindsay E.N.M.D. Asintomatic Bacteriuria : When to screen and when to treat. Intec. Dis. Clin. North Am. 2003. 17:(2). P.367-394.
15. Wikipedia Foundation Inc. Bacteriuria. 14 Nov. 2004
16. Maclean A.B., Urinary Tract in Pregnancy. Int. J. Antimicrob. Agents. Pag. 2001. 1:(1). P.273-276
17. Millar L.K., Cox S.M. Urinary Tract Infections During Pregnancy. Infect. Dis. Clin. North Am. 1999.11 (1) : 13-26.
18. Delzell J, Lefevre M. Urinary Tract Infections During Pregnancy. Am. Fam. Phys. 2000. 61:(3). P.713-721.
19. Patterson T, Andriole V. Detection, significance and therapy of bacteriuria in pregnancy. Infect Dis Clin. North Am. 1997.11 (3): p.593-608.

20. Faneite P, Gomez R, Guninad M, Faneite J, Manzano M, Marti A, Urdaneta E, Amenaza de Parto Prematuro e Infección Urinaria. Rev de Obstet y Ginecola de Venez. 2006. 66: (1).
21. Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-1993); Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Vol. 2 No. 4. Octubre-Diciembre 2001.
22. Connolly A., Thorp J.M., Urinary tract infections in pregnancy. Urol Clin North Am. 26 (4) : p.779-87.
23. Pielonefritis Aguda y Gestación. Revista Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 47. Num. 3. Julio 2001.
24. Ruiz J, Arredondo J, Calderón E. Infección Urinaria durante el embarazo. Enfermedades Infecciosas y Bacterianas. 2004. 24(4).
25. Ovalle A, Levancini M. Urinary tract infections in pregnancy. Curr Opin Urol. 11. 55-59, 2001.
26. Kenyon S, Boulvaim M, Neilson J. Antibiotics for preterm premature rupture of membranes. The Cochrane Library, Issue 2, 2002.
27. Tarazona J. Infecciones del tracto urinario. Pielonefritis en el embarazo. Departamento de Gineco-Obstetricia, Fundación Santa Fe de Bogota. 2002
28. Filippi J, Medina A. Detección y tratamiento de la Bacteriuria Asintomatica en el embarazo. Revista del Instituto Medico de Sucre, Paraguay. 2000. 4: (1). P.14-22.
29. Ortiz R., Beltrán M. Modelo de atención prenatal de bajo riesgo. Med. UNAB. 2005.8:(2) p.102-112.

ANEXO

Hoja de captación de datos

Estado civil:	Edad		S.D.G.	
Ocupación:	G	P	A	C
Escolaridad:				

E G O:

Sedimento:
Leucocitos -----
Bacterias -----
Cel. Epit.-----
Otros -----
Urocultivo: positivo ___ negativo_____

Sintomatología:

Disuria ----- NO
Urgencia urinaria -----
Polaquiuria -----
Fiebre -----