



# **UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER  
HUMANO**

**ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**TÍTULO DE TRABAJO DE GRADUACIÓN:**

**ROL DE ENFERMERÍA Y FACTORES DE  
RIESGO PARA EL MANEJO DE LAS  
INFECCIONES DE LAS VÍAS URINARIAS EN  
EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE  
ACUDEN AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA  
DEL HOSPITAL BÁSICO SAN MIGUEL.  
PERIODO FEBRERO - SEPTIEMBRE 2015.**

**AUTORAS:**

**SUSANA ELIZABETH ALARCÓN SANGACHE**

**KATERIN STEFANNI IBARRA CHANGO**

**DIRECTORA:**

**Lic. Mary Mosso Ortiz, MsC.**

**GUARANDA- ECUADOR**

Guaranda 08 de Enero del 2016

### **CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA**

El suscrito/a Lic. Mary Consuelo Mosso Ortiz Directora del proyecto de investigación, como modalidad de titulación.

### **CERTIFICA**

Que el proyecto de investigación como requisito para la titulación de grado, con el tema: **Rol de Enfermería y Factores de riesgo para el manejo de las infecciones de vías urinarias en embarazadas adolescentes que acuden al servicio de Ginecología del Hospital Básico San Miguel. Periodo Febrero- Septiembre 2015**, realizado por las estudiantes: Susana Elizabeth Alarcón Sangache y Katherin Stefani Ibarra Chango, que han cumplido con los lineamientos metodológicos contemplados en la Unidad de Titulación de la Carrera de Enfermería, para ser sometido a la revisión y calificación por los miembros del tribunal nombrado por el Consejo Directivo de la Facultad y posteriormente a la sustentación pública respectiva.



Lic. Mosso Ortiz Mary Consuelo

# ÍNDICE GENERAL

PORTADA	.....1
CERTIFICACIÓN DE SEGUIMIENTO AL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EMITIDA POR LA TUTORA	.....2
ÍNDICE GENERAL	.....3- 5
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	.....6
RESUMEN EJECUTIVO	.....7
ABSTRACT	.....8
INTRODUCCION	.....9-10
CAPITULO 1: EL PROBLEMA	.....11
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	.....11
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA	.....11
1.3 OBJETIVOS	.....12
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	.....12
1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	.....12
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION	.....13-14
1.5 LIMITACIONES	.....15
CAPITULO 2: MARCO TEORICO	.....15
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION	.....15- 17
2.1.1 FUNDAMENTACION LEGAL	.....17-18
2.2 BASES TEORICAS	.....19- 21
2.3 DEFINICION DE TERMINOS	.....22- 27
2.4 SISTEMAS DE HIPOTESIS	.....28
2.5 SISTEMAS DE VARIABLES	.....28

<b>2.5.1 VARIABLE DEPENDIENTE</b>	.....28
<b>2.5.2 VARIABLE INDEPENDIENTE</b>	.....28
<b>MATRIZ DE OPERALIZACION DE VARIABLES</b>	.....28-31
<b>2.6 APARATO URINARIO</b>	.....32
<b>LOS RIÑONES</b>	.....32
<b>LOS URÉTERES</b>	.....32
<b>VEJIGA</b>	.....32
<b>URETRA</b>	.....33
<b>ORINA</b>	.....34
<b>CAMBIO ANATOMICO EN EL EMBARAZO</b>	.....35
<b>2.6.1 CLASIFICACION DE LA INFECCION DE VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO</b>	.....36-37
<b>BACTERIURIA ASINTOMÁTICA</b>	.....38
<b>CISTISTIS AGUDA</b>	.....39
<b>PIELONEFRITIS AGUDA</b>	.....40
<b>2.6.2 ETIOLOGÍA</b>	.....41
<b>2.6.3 EPIDEMIOLOGIA</b>	.....42
<b>2.6.4 DIAGNOSTICO</b>	.....43
<b>2.6.5 TRATAMIENTO DE INFECCION DE VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO</b>	..... 44-45
<b>CONDUCTA TERAPÉUTICA</b>	.....46
<b>2.6.6 NEFROPATIAS</b>	.....47
<b>2.6.7 FACTORES DE RIESGO Y VIAS DE INFECCION DE VIAS URINARIAS EN EL EMBARZO</b>	.....48-51
<b>2.6.8 COMPLICACIONES EN LA GESTANTE</b>	.....52-53

<b>2.6.9 PROTOCOLO DE MANEJO DE LA INFECCION DE VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO: BACTERURIA ASINTOMATICA Y CISTITIS AGUDA Y PIOLONEFRITIS AGUDA (MINISTERIO DE SALUD PUBLICA 2008)</b>	<b>.....54-57</b>
<b>RECOLECCION DE ORINA</b>	<b>.....58</b>
<b>2.6.10 ROL DE ENFERMERIA Y EL MODELO DE DOROTHEA OREM</b>	<b>.....58-62</b>
<b>CONSEJERIA</b>	<b>.....63</b>
<b>CAPITULO 3: MARCO METODOLOGICO</b>	<b>.....64</b>
<b>3.1 NIVEL DE INVESTIGACION</b>	<b>.....64</b>
<b>3.2 DISEÑO</b>	<b>.....64</b>
<b>3.3 POBLACION Y MUESTRA</b>	<b>.....64</b>
<b>3.4 TECNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS</b>	<b>64</b>
<b>3.5 TECNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS</b>	<b>....64</b>
<b>CAPITULO 4: RESULTADOS O LOGROS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS</b>	<b>.....65</b>
<b>4.1 RESULTADOS SEGÚN OBJETIVO 1</b>	<b>.....65</b>
<b>4.2 RESULTADOS SEGÚN OBJETIVO 2</b>	<b>.....65</b>
<b>4.3 RESULTADOS SEGÚN OBJETIVO 3</b>	<b>.....66</b>
<b>4.4 RESULTADOS SEGÚN OBJETIVO 4</b>	<b>.....66</b>
<b>CAPITULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>.....85</b>
<b>5.1 CONCLUSIONES</b>	<b>.....85</b>
<b>5.3 RECOMENDACIONES</b>	<b>.....86</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>.....88-91</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>.....92-100</b>

## INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

<b>TABLA Y GRAFICO N 1</b>	<b>.....67</b>
<b>TABLA Y GRAFICO N 2</b>	<b>.....68</b>
<b>TABLA Y GRAFICO N 3</b>	<b>.....69</b>
<b>TABLA Y GRAFICO N 4</b>	<b>.....70</b>
<b>TABLA Y GRAFICO N 5</b>	<b>.....71</b>
<b>TABLA Y GRAFICO N 6</b>	<b>.....72</b>
<b>TABLA Y GRAFICO N 7</b>	<b>.....73</b>
<b>TABLA Y GRAFICO N 8</b>	<b>.....74</b>
<b>TABLA Y GRAFICO N 9</b>	<b>.....75</b>
<b>TABLA Y GRAFICO N 10</b>	<b>.....76</b>
<b>TABLA Y GRAFICO N 11</b>	<b>.....77</b>
<b>TABLA Y GRAFICO N 12</b>	<b>.....78</b>
<b>TABLA Y GRAFICO N 13</b>	<b>.....79</b>
<b>TABLA Y GRAFICO N 14</b>	<b>.....80</b>
<b>TABLA Y GRAFICO N 15</b>	<b>.....81</b>
<b>TABLA Y GRAFICO N 16</b>	<b>.....82</b>
<b>TABLA Y GRAFICO N 17</b>	<b>.....83</b>
<b>TABLA Y GRAFICO N 18</b>	<b>.....84</b>

## **RESUMEN EJECUTIVO**

El Rol de Enfermería en la Infección de Vías Urinarias en las gestantes adolescentes que son atendidas en el Hospital Básico San Miguel, periodo Febrero – Septiembre 2015, nos ha permitido descubrir que las pacientes tienen falencias de conocimientos sobre esta patología. Aplicar una intervención educativa sobre las Infecciones de Vías Urinarias a las adolescentes embarazadas que puedan despejar dudas y desconocimiento por las mismas; y lograr de esta manera que el nivel de conocimiento se eleve de las embarazadas para evitar complicaciones durante el transcurso del embarazo hasta el futuro parto.

Se constituye el universo cien embarazadas adolescentes y la muestra treinta embarazadas que presentaban la infección según resultados de laboratorio, las mismas que se aplicó un cuestionario de preguntas, la cual fue fuente primaria para la obtención de datos; mediante la cual se pudo evidenciar el escaso conocimiento de ciertas adolescentes embarazadas y el desconocimiento total de algunas sobre la patología y sus complicaciones durante su embarazo, sus localizaciones, gérmenes presentes en la infección y medidas de prevención de las mismas. Cabe recalcar que luego de la intervención se logró un aumento significativo del conocimiento de las embarazadas, por ende se considera efectiva la intervención.

Por este motivo la importancia de esta investigación y así poder caracterizar los factores de riesgo en las adolescentes embarazadas que presentan IVU, generando información útil, abriendo nuevas hipótesis etiológicas, realizar investigaciones básicas y epidemiológicas sobre las causas y la manera más adecuada para la prevención.

El estudio fue realizado en el Hospital Básico San Miguel de la provincia Bolívar se estableció los siguientes datos estadísticos, identificando a la Infección de Vías Urinarias y a la corta edad como factores predominantes, 30% de adolescentes embarazadas presentaron IVU durante su gestación.

**PALABRAS CLAVES:** INFECCION DE VIAS URINARIAS, ADOLESCENTES, EMBARAZO.

## **EXECUTIVE SUMMARY**

The Role of Nursing in Urinary Tract Infection in pregnant teenagers that are served to the Basic Hospital San Miguel, period February to September 2015, has enabled us to discover that patients have deficiencies of knowledge about this disease. Apply an educational intervention on Urinary Tract Infections pregnant teens can clear doubts and ignorance on them; and thus achieve the level of awareness is raised of pregnant to avoid complications during the course of pregnancy to the future delivery.

The universe hundred pregnant adolescents and pregnant women who had shown thirty infection by laboratory results, the same as a questionnaire was applied, which was the primary source for obtaining data is; whereby it was evident the lack of knowledge of certain pregnant teenagers and total ignorance of some of the pathology and complications during pregnancy, their locations, germs and the infection prevention measures thereof. It should be noted that after the intervention a significant increase in knowledge of pregnant therefore considered effective intervention was achieved.

Therefore the importance of this research and be able to characterize the risk factors in pregnant adolescents with UTI , generating useful information , opening new etiological hypotheses , perform basic and epidemiological research on the causes and the best way for prevention.

The study was conducted at the Basic Hospital San Miguel Bolivar province was established following statistics, identifying Urinary Tract Infection and young as predominant factors, 30 % of pregnant adolescents had UTI during pregnancy.

**KEYWORDS:** URINARY TRACT INFECTION, TEEN PREGNANCY.



## INTRODUCCIÓN

Las Infecciones de Vías Urinarias son una de las complicaciones que se presentan con mayor frecuencia en el embarazo, esto se debe a los cambios fisiológicos que experimenta la mujer en el momento de la gestación, los cuales se ven manifestados por distintos factores como: problemas hormonales, infecciones repetidas y enfermedades importantes antes del embarazo que puedan afectar la vida de la madre y del futuro bebe. [1]

En el Ecuador viven cerca de dos millones y medio de adolescentes que representan el 20% del total de la población Ecuatoriana. La tendencia de la fecundidad adolescente en el País en la última década se incrementó, siendo la más alta de la sub región andina y oscila alrededor de 100 nacimientos por cada mil mujeres. En el Ecuador dos de cada tres mujeres adolescentes sin educación son madres o están embarazadas por primera vez, y es en este grupo de edad es donde se predisponen con mayor porcentaje y frecuencia la infección de vías urinarias. Las proporciones de maternidad adolescente son hasta cuatro veces más altas entre las que no tienen educación (43%), comparadas con las de niveles educativos más altos (11% con secundaria completa) .[2]

A nivel Nacional de Salud del Ecuador, CONASA, en la Norma de Atención Integral a Adolescentes publicada en el año 2009, establece que a nivel general aproximadamente el 20% de las mujeres jóvenes, la mayoría sin alteraciones anatómicas ni funcionales, tendrá infecciones urinarias recurrentes durante el embarazo. Más del 80% de las pielonefritis agudas que ocurren en adolescentes son causadas por la E. Coli, el restante 20% se atribuye a otros Gram negativos como la klebsiella y Proteus. En relación a la Bacteriuria Asintomática, su prevalencia varía entre 1 y 7%. La complicación con IVU alta es rara, excepto en quienes tuvieron infecciones en la niñez y en las embarazadas principalmente, en las q se asocia con mayor riesgo, bajo peso al nacimiento y parto prematuro.[2]

1 [www.sld.cu/galerias/pdf/.../capitulo\\_i\\_el\\_concepto\\_de\\_adolescencia.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/.../capitulo_i_el_concepto_de_adolescencia.pdf)

2 Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Infección de Vías Urinarias. Protocolos de Atención Integral a Adolescentes.(2009), 87-92p.

El presente trabajo investigativo pretende identificar el rol de enfermería y los factores de riesgo para el incremento de las infecciones de vías urinarias en gestantes adolescentes que se atendieron en el Hospital Básico San Miguel periodo Febrero- Septiembre 2015.

Con el propósito de mejorar las condiciones de salud de dichas adolescentes durante el periodo de embarazo y evitar complicaciones del mismo.

Esta investigación consta de 5 cuerpos capitulares, Capítulo I se realiza el planteamiento y formulación del problema y se trazan razones que dieron origen al presente estudio.

En el capítulo II denominado Marco Teórico, consta una síntesis de antecedentes investigativos relacionados al tema de investigación propuesto, fundamentamos teóricamente el tema de investigación de acuerdo a las variables de estudio.

Capitulo III denominado Marco Metodológico donde constan las estrategias, técnicas e instrumentos que se utilizó para la recolección de datos de importancia relevante, que contribuye con la investigación.

Capitulo IV se encuentra el análisis e interpretación de resultados, datos que se obtuvo de las historias Clínicas y encuestas, se recopila datos importantes para la investigación.

Capítulo V se aborda las conclusiones y recomendaciones, vinculantes a los objetivos.

## **CAPITULO 1: EL PROBLEMA**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) estima que ocurren 150 millones de casos de Infección de vías Urinarias por año, las mujeres jóvenes son comúnmente afectadas con una frecuencia estimada de 0.5 a 0.7 Infecciones por año.

Según la OMS la infección urinaria en el embarazo es un proceso de infección que resulta de la invasión y el desarrollo de bacterias en el tracto urinario que puede traer consigo complicaciones maternas y fetales. En Ecuador según el INEC (Instituto Nacional de Estadística 2009), las Infecciones de vías urinarias son un problema de salud que se ubica en el octavo puesto con una tasa de 10.3 % en la mujeres con relación a las 10 principales causa de Morbimortalidad.

Según Hernández Blas Fernanda Ginecol Obstet Mex 2007: manifiesta que las mujeres embarazadas desarrollan de manera fácil infecciones de vías urinarias (IVU) debido a cambios funcionales, hormonales y anatómicos, además de la localización del meato uretral expuesta a bacterias uropatógenas y de vagina que acceden al tracto urinario *Escherichia coli* es el patógeno más frecuentemente aislado en IVU durante el embarazo.

Las infecciones del tracto urinario constituyen la causa médica más frecuente de internación de la embarazada a nivel Hospitalario. En menos del 5% ocurre durante el primer trimestre del embarazo, 55% se da en el segundo trimestre y el 45% en el tercero, se trata de una afección potencialmente grave para ambos componentes del binomio materno fetal, por las posibles complicaciones a la que se exponen. (Acala, M.,2010)

### **1.2 Formulación del problema**

¿Cuáles son los factores de riesgo y el Rol de la Enfermera para el manejo de las infecciones de vías urinarias en gestantes adolescentes que acuden al servicio de Ginecología del Hospital Básico San Miguel. Período Febrero-Septiembre 2015?

## **1.3 OBJETIVOS**

### **1.3.1 Objetivo General**

Determinar los factores de riesgo y el Rol de la Enfermera para el manejo de las infecciones de Vías Urinarias en gestantes adolescentes con la finalidad de fortalecer el auto cuidado para prevenir posibles complicaciones.

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- ✓ Describir los factores de riesgo que intervienen en el incremento de infecciones de vías urinarias en gestantes adolescentes en el área objeto de estudio.
- ✓ Identificar el trimestre de gestación que se presenta con más frecuencia la Infección de Vías Urinarias en la población investigada.
- ✓ Verificar la recepción de consejería sobre prevención de Infecciones de Vías Urinarias y sus complicaciones durante la gestación de las adolescentes.
- ✓ Describir el Rol de Enfermería para el manejo de infecciones de vías Urinarias mediante el modelo de Dorotea Orem.

## 1.4 Justificación de la Investigación

Durante el embarazo se producen modificaciones anatómicas y funcionales que aumentan el riesgo a padecer una infección urinaria. Entre ellas se destacan: la hidronefrosis del embarazo, el aumento del volumen urinario en los uréteres que produce una columna líquida continua que ayuda a la propagación de la infección desde la vejiga al riñón, disminución del tono uretral y vesical que se asocia a un aumento del volumen urinario en la vejiga aumentando su capacidad vesical y disminuyendo su vaciamiento (éstasis urinaria), obstrucción parcial del uréter por el útero grávido y rotado hacia la derecha, aumento del Ph de la orina especialmente por la excreción aumentada de bicarbonato que favorece la multiplicación bacteriana, hipertrofia de la musculatura longitudinal del uréter, aumento de la filtración glomerular que determina la presencia de glucosa en la orina lo que favorece la aparición de los gérmenes, aumento del reflujo vesicoureteral, menor capacidad de defensa del epitelio del aparato urinario bajo, incremento de la secreción urinaria de estrógenos y el ambiente hipertónico de la médula renal. [3]

Dado que la Infecciones de vías urinarias presenta una gran morbilidad para la madre y el feto, es fundamental detectar la presencia de infección sintomática o asintomática lo más tempranamente posible y tratarla correctamente. [3]

“Enmarcándonos en la misión de la carrera de Enfermería la cual está sustentada en Garantizar la formación de licenciadas y licenciados en ciencias de la enfermería, humanistas, éticos, con competencias para brindar cuidado integral al individuo, familia y comunidad”. [4]

3 <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1866/1/tesis/andrea.pdf>

4 <http://www.ueb.edu.ec/index.php/enfermeria>

La mortalidad fetal más alta se presenta cuando la infección de vías urinarias ocurre durante los 15 días que anteceden al parto. Los microorganismos involucrados son principalmente, Bacteriuria Asintomática (BA), la Cistitis Aguda y la Pielonefritis Aguda. A pesar del desarrollo de nuevos antibióticos la infección de vías urinarias continúa asociándose a morbimortalidad elevada a nivel materno y fetal. La Cistitis y la Pielonefritis al ser infecciones sintomáticas permiten un diagnóstico más precoz, pero la Bacteriuria Asintomática (BA), al no presentar síntomas clínicos solo puede detectarse por medio de estudios de laboratorio. Casi todas las embarazadas con bacteriuria pueden diagnosticarse en el primer trimestre y el procedimiento diagnóstico de elección es el urocultivo, por lo que está indicado hacerlo siempre en toda mujer embarazada. Por lo tanto, se ha cuestionado el uso de la ampicilina para el tratamiento inicial de la infección de vías urinarias por sus altas tasas de resistencia bacteriana en las distintas poblaciones estudiadas. [5]

Sin embargo, es poco lo que se conoce a nivel local acerca de la susceptibilidad antibiótica en pacientes embarazadas con infección urinaria. Lo que hace importante contar con una medida preventiva para evitar dichas complicaciones; hay que tener en cuenta en el momento que consulten las embarazadas en el primer control prenatal, ya que la infección de vías urinarias en el embarazo es una de las complicaciones bastante peligrosa en las gestantes, además que desde un principio puede ser asintomática y producir las complicaciones en el último trimestre de la gestación, por esta razón la consulta de una mujer embarazada se debe enfocar siempre al diagnóstico precoz, tratamiento y prevención, e informar a la futura madre los riesgos y recomendaciones generales que debe tener en su embarazo. Es importante recalcar que esta es una enfermedad multidisciplinaria en la que intervienen ginecólogos, urólogos, nefrólogos y microbiólogos. La mujer embarazada, debe ser vigilada desde el inicio de la gestación y con intervalos periódicos dada la alta frecuencia con la que se presenta la bacteriuria, que en una alta incidencia predispone a la Pielonefritis crónica. [5]

## **1.5 Limitaciones**

El estudio se refiere únicamente a las embarazadas adolescentes con Infección de vías Urinarias que fueron atendidas en el Hospital Básico San Miguel entre Febrero- Septiembre del 2015.

## **CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO**

### **2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

García y colaboradores en un artículo publicado en el año 2010, indican que un 27 % de los partos prematuros, han sido asociados con algún tipo de infección de vías urinarias y de ellos el germen causal más frecuente aislado en las pacientes es E. Coli, dentro de las infecciones de vías urinarias el 95% presentaron pielonefritis agudas. (García. J 2010).

Álvarez y colaboradores, en el 2006, indican que el 2 -10% de las embarazadas sin antecedentes, desarrollan bacteriuria asintomática durante el embarazo, y sin tratamiento, el 30 -50% evolucionan a pielonefritis y aumenta el riesgo de parto prematuro y de Recién Nacido con Bajo Peso. (Álvarez. G 2006).

Se calcula que la infección urinaria afecta aproximadamente a un 15 % de mujeres de todas las edades, cada año y de estas más del 25% pueden presentar una recurrencia, esta puede aumentar con los cambios fisiológicos a los que están sujetas las pacientes embarazadas. Hasta un 29 % de las embarazadas se complica por una infección urinaria, siendo una de las complicaciones médicas más comunes de la gestación, que corresponde a un 10% de las admisiones hospitalarias en este periodo. Entre los problemas de salud del Ecuador se encuentra el embarazo en adolescentes, su trascendencia no es solo médica sino social, familiar, cultural y ética.[6]

6 <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3484/1/MED82.pdf>

Las infecciones de vías urinarias constituyen una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y son responsables de un gran porcentaje morbimorbilidad tanto materna como neonatal. . [7]

Más del 27% de partos pretermino, amenaza de aborto y roptura prematuras tienen una asociación clínica con la Infección de vías Urinarias. [7]

“Actualmente es preocupante la infección de las vías urinarias a nivel mundial. Al igual que en Ecuador, en algunos países del mundo, la atención es gratuita, generando una gran demanda de las pacientes embarazadas, ocasionado que se cierren los cupos para las consultas. [7]

A nivel mundial, cada año más de medio millón de mujeres mueren durante el embarazo, y más de 10 millones de niños mueren antes de cumplir cinco años de vida, casi el 40% durante el primer mes”. [8]

**Gestación en la Adolescencia:** Aunque el embarazo es una condición fisiológica, cuando se presenta durante la adolescencia se convierte en un problema complejo, pues este embarazo se considera de alto riesgo ya que la adolescente necesita unos cuidados y tratamientos especiales. [9]

Comparadas con los controles, las madres adolescentes tienen más posibilidad de vivir en condiciones sociodemográficas y familiares adversas. El vivir fuera de casa, tener familias con un solo padre, familias disfuncionales, madres con una inadecuada educación, son los factores más significativos para la maternidad en adolescentes. [9]

7 [http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia\\_infeccion\\_v\\_u.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_infeccion_v_u.pdf)

8 UNICEF. Estado Mundial de la Infancia. (2009). Págs. 8 - 10



El embarazo particularmente durante la adolescencia, es un tiempo de riesgo nutricional extremo. Existe evidentemente una competencia por los nutrientes entre la adolescente embarazada en crecimiento y su feto. Como la adolescente que se embaraza todavía están en periodo de crecimiento, es necesario que ellas gane más peso durante el embarazo, para logra que su hijo tenga un mejor peso al nacer. En américa latina, de acuerdo con el Sistema Informático perinatal(SIP) del centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), el análisis en la última década de más de 1 millón de nacimientos en todas la edades, muestran que la adolescentes embarazadas tienen perores resultados maternos y perinatales que la adultas. [9]

### **Las Infecciones de las Vías Urinarias a nivel mundial**

“Actualmente es preocupante la infección de las vías urinarias a nivel mundial. Al igual que en Ecuador, en algunos países del mundo, la atención es gratuita, generando una gran demanda de las pacientes embarazadas, ocasionado que se cierren los cupos para las consultas. [10]

A nivel mundial, cada año más de medio millón de mujeres mueren durante el embarazo, y más de 10 millones de niños mueren antes de cumplir cinco años de vida, casi el 40% durante el primer mes”. [10]

#### **2.1.1 Fundamentación legal**

##### **Constitución Política de la República del Ecuador, 2008**

Expresa en su sección séptima, página 38:

“Art. 50.- El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente”. [11]

9 J. Botero & G. Henao (2008) Obstetricia y Ginecología octava edición

10 UNICEF. Estado Mundial de la Infancia. (2009). Págs. 8 - 10

Con esta reforma, todo ser humano, independiente de edad y sexo, debe ser atendido y realizarse estudios pertinentes de alta tecnología especializada, de manera rápida y eficaz sin importar clase social, cultura o religión. De esta manera se establece el amparo del cuidado a los neonatos que presenten cualquier tipo de deformaciones o secuelas de parto prematuro, causado por infección neonatal. Las embarazadas con infecciones urinarias deben recibir toda la información confiable y de manera oportuna sobre los cuidados necesarios en su gestación y la medicación que recibirá en el tratamiento de la patología que presenta. [11]

“En los últimos años se han logrado grandes avances en los conocimientos, entre los cuales se puede mencionar los relacionados con la etiopatogenia de la pielonefritis y del daño renal, la virulencia bacteriana, los factores de riesgo para la infección urinaria, la pielonefritis aguda la progresión del daño renal y Reflujo vesicoureteral la punción supra- púbica de la vejiga como el patrón oro para la infección urinaria y la utilización racional de imágenes diagnósticas y de la gammagrafía como patrón para el diagnóstico de Pan Arteritis Nudoso”. [12]

#### **Sección cuarta**

Mujeres embarazadas

#### **Art.43.-**

El Estado garantiza a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativos, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia. [13]

11 [http://cancilleria.gob.ec/wp-content/uploads/2013/06/constitucion\\_2008.pdf](http://cancilleria.gob.ec/wp-content/uploads/2013/06/constitucion_2008.pdf)

12 [www.revmatanzas.sld.cu/revistamedica/año\(2008\)/vol3\(2008\)/tema11.htm](http://www.revmatanzas.sld.cu/revistamedica/año(2008)/vol3(2008)/tema11.htm)

13 [http://cancilleria.gob.ec/wp-content/uploads/2013/06/constitucion\\_2008.pdf](http://cancilleria.gob.ec/wp-content/uploads/2013/06/constitucion_2008.pdf)

## 2.2 Bases Teóricas

La adolescencia media y tardía se extiende desde los 15 a los 19 años. Para la Organización Mundial de la Salud la denominación de jóvenes comprende desde los 10 a los 24 años, incluyendo por tanto la adolescencia (de 10 a 19 años) y la juventud plena (de los 19 a los 24 años). [14]

La OMS estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, 85 por ciento de ellos viven en países pobres o de ingresos medios, y alrededor de 1.7 millones de ellos mueren al año. [14]

La OMS define la adolescencia como la etapa que va entre los 10 u 11 años hasta los 19 años, y considera dos fases: la adolescencia temprana, de los 10 u 11 hasta los 14 o 15 años, y la adolescencia tardía, de los 15 a los 19 años. Sin embargo, la condición de juventud no es uniforme y varía según el grupo social que se considere. [14]

La adolescencia se caracteriza por el crecimiento físico y desarrollo psicológico, y es la fase del desarrollo humano situada entre la infancia y la edad adulta. Esta transición es tanto física como psicológica por lo que debe considerarse un fenómeno biológico, cultural y social. [14]

**Teoría psicoanalítica de FREUD:** Según esta teoría la adolescencia es un estadio del desarrollo en el que brotan los impulsos sexuales y se produce una primacía del erotismo genital.

**Teoría de la adolescencia de ERIKSON:** Para ERIKSON la adolescencia es una crisis normativa, es decir, una fase normal de incremento de conflictos, donde la tarea más importante es construir una identidad coherente y evitar la confusión de papeles.

14 <http://www.salud180.com/salud-z/adolescencia>

## **Etapas de la Adolescencia**

La adolescencia, esos años desde la pubertad hasta la edad adulta, se pueden dividir a groso modo en tres etapas: adolescencia temprana, generalmente entre los 12 y 13 años de edad; adolescencia media, entre los 14 y 16 años de edad; y adolescencia tardía, entre los 17 y 21 años de edad. Además del crecimiento fisiológico, de estos años se pueden extraer siete tareas clave de desarrollo intelectual, psicológico y social. El propósito fundamental de estas tareas es formar la propia identidad y prepararse para la edad adulta.

La adolescencia se divide en tres etapas diferentes. Cada etapa trae consigo sus propios cambios físicos, emocionales, cognitivos, sociales, psicológicos y de comportamiento. [15]

**1ª Etapa:** mejor conocida como Pubertad o Pre-adolescencia (desde los 10 o 12 hasta los 13 o 14 años) esta etapa se distingue porque en ella la mayoría de los cambios que se presentan son físicos. [15]

Cambios fisiológicos: Como resultado de actividad hormonal en el joven se notan los siguientes cambios:

- ✚ Vello púbico y axilar
- ✚ Transpiración axilar
- ✚ Desarrollo de los senos (en las niñas)
- ✚ Primera menstruación (en las niñas)
- ✚ Barba (en los niños)

**2ª Etapa:** conocida como Adolescencia Media (entre los 13 o 14 hasta los 16 o 17 años). Durante ésta se producen cambios más psíquicos que físicos como el desabrimiento consciente del yo, la autoafirmación del, la ansiada libertad y los amores platónicos. [15]

- ✚ Es el despertar de los ideales nobles
- ✚ Separación familiar comienza a ser más real
- ✚ El centro de interés son las relaciones sociales, amigos, grupos sociales o con un fin en particular

- ✚ Necesidad de afianzar sus ideas
- ✚ Descubrimiento del propio mundo interior
- ✚ Puede haber poca concentración intelectual

**3ª Etapa:** conocida como tardía o superior (entre los 16 o 17 hasta los 20 años). Los conflictos internos de identidad se van resolviendo, el grupo de amigos pierde importancia frente a la búsqueda de pareja.

- ✚ Surgen relaciones interpersonales más estables
- ✚ Autoimagen más estable, por lo tanto, es más seguro de sí mismo
- ✚ Capacidad cognitiva le permite: escoger carrera, hacer planes a futuro
- ✚ La importancia de la relación con los padres vuelve a ser importante, comparten vida en común, por ejemplo experiencias laborales con estudios, esfuerzos, éxitos
- ✚ Ensayar las actitudes que más tarde le permitirán insertarse a la sociedad.
- ✚ Trabajo en grupo/lealtad/cooperación/solidaridad. [15]

15<http://adolescenciacue6.blogspot.com/2013/03/la-adolescencia-se-divide-en-tres.htm>

### 2.3 Definición de Términos

**Adolescencia:** En general se considera que los adolescentes (jóvenes de 10 a 19 años), es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Es un periodo vital entre la pubertad y la edad adulta.

**Amenaza de aborto:** Es un estado que sugiere que se podría presentar un aborto espontáneo antes de la semana 20 del embarazo.

**Anemia de Células Falciformes:** Es una enfermedad en la que su cuerpo produce glóbulos rojos con forma anormal. Las células tienen forma semilunar o de una hoz. Estas células no duran tanto como las normales, los glóbulos rojos redondos.

**Antibiograma:** Es la prueba microbiológica que se realiza para determinar la susceptibilidad (sensibilidad o resistencia) de una bacteria a un grupo de antibióticos. Las técnicas de antibiograma son las utilizadas en el laboratorio de microbiología para estudiar la actividad de los antimicrobianos frente a los microorganismos responsables de las infecciones.

**Bacterias:** Son seres generalmente unicelulares que pertenecen al grupo de los protistas inferiores. Son células de tamaño variable cuyo límite inferior está en las 0,2m y el superior en las 50m; sus dimensiones medias oscilan entre 0,5 y 1m. Las bacterias tienen una estructura menos compleja que la de las células de los organismos superiores: son células procariotas (su núcleo está formado por un único cromosoma y carecen de membrana nuclear). Igualmente son muy diferentes a los virus, que no pueden desarrollarse más dentro de las células y que sólo contienen un ácido nucleico.

**Bacteriemia:** Es la presencia de bacterias en la sangre. La sangre es normalmente un medio estéril, por lo tanto la detección de bacterias es indicativa de infección.

**Bacteriuria asintomática:** Es la presencia de un número significativo de bacterias en la orina que ocurre sin ninguno de los síntomas usuales como ardor al orinar o micción frecuente. Es posible que esta afección no necesite tratamiento, lo que la hace diferente de una infección urinaria de tipo bacteriano.

**Bacterias Gram positivas:** Son aquellas bacterias que se tiñen de azul oscuro o violeta por la tinción de Gram: de aquí el nombre de "Gram-positivas" o también "grampositivas". Esta característica Química está íntimamente ligada a la estructura de la envoltura celular por lo que refleja un tipo natural de organización bacteriana. Son uno de los principales grupos de bacterias, y cuando se tratan como taxón se utiliza también el nombre de Posibacteria.

**Bacterias Gram negativas:** Las bacterias Gram negativas presentan dos membranas lipídicas entre las que se localiza una fina pared celular de peptidoglicano, mientras que las bacterias Gram positivas presentan sólo una membrana lipídica y la pared de peptidoglicano es mucho más gruesa. Al ser la pared fina, no retiene el colorante durante la tinción de Gram.

**Bacterias Coliformes:** La denominación genérica coliformes designa a un grupo de especies bacterianas que tienen ciertas características bioquímicas en común e importancia relevante como indicadores de contaminación del agua y los alimentos. Coliforme significa con forma de coli, refiriéndose a la bacteria principal del grupo, la *Escherichia coli*, descubierta por el bacteriólogo alemán Theodor von Escherich en 1860. Von Escherich la bautizó como *bacterium coli* ("bacteria del intestino"). Con posterioridad, la microbiología sistemática nombraría el género *Escherichia* en honor a su descubridor.

**Betalactamasa:** Es una enzima producida por algunas bacterias y es responsable por la resistencia que éstas exhiben ante la acción de antibióticos betalactámicos como las penicilinas, las cefalosporinas, monobactámicos y carbapenémicos (carbapenemasas).

**Cápsula de Bowman:** Es la unidad renal en forma de esfera hueca en la que se realiza el filtrado de las sustancias que se van a excretar. Está localizada al

principio del componente tubular de una nefrona en el riñón de los mamíferos. Encerrado dentro de la cápsula de Bowman se encuentra el glomérulo.

**Cistitis aguda:** Es una infección de la vejiga o las vías urinarias inferiores. Aguda significa que la infección comienza de manera súbita.

**Coluria:** Es la presencia de bilirrubina en la orina, es un signo común de enfermedades hepáticas como la hepatitis y la cirrosis. Puede ser descrita como orina de coloración oscura o marrón, también se la compara con el color de la "Coca-Cola".

**Constipación:** Es un síntoma y no constituye una enfermedad en sí misma. Habitualmente es referido por el paciente como defecación infrecuente o dificultosa en forma persistente, o sensación de evacuación incompleta.

**Elemental y Microscópico de Orina (EMO):** Es la evaluación física, química y microscópica de la orina. Dicho análisis consta de muchos parámetros para detectar y medir diversos compuestos que salen a través de la orina. La muestra de orina se examina bajo un microscopio. Esto se hace para observar células, cristales urinarios, moco y otras sustancias, al igual que para identificar cualquier tipo de bacterias u otros microorganismos que pudieran estar presentes.

**Estrógenos:** Son hormonas sexuales esteroideas (derivadas del colesterol) de tipo femenino principalmente, producidos por los ovarios, la placenta durante el embarazo y, en menores cantidades, por las glándulas adrenales.

**Estenosis uretral:** Es un estrechamiento anormal del conducto que lleva la orina fuera del cuerpo desde la vejiga (uretra).

**Etiopatogenia:** Se refiere al origen o causa del desarrollo de una patología.

**Gestación:** Se refiere a que una persona de sexo femenino que lleva y sustenta a una cría embrionaria o fetal dentro de su vientre hasta el momento del nacimiento.

**Glucosuria:** Es la presencia de glucosa en la orina a niveles elevados. La glucosa se reabsorbe en su totalidad a nivel de las nefronas, las unidades



funcionales del riñón donde se produce la depuración de la sangre. La glucosuria renal es la consecuencia de un defecto hereditario de reabsorción de glucosa en el túbulo renal, y viene definida por los siguientes criterios: glucosuria constante, glucemia normal, utilización normal de hidratos de carbono y ausencia de otras anomalías tubulares.

**Hemoglobina:** Es un examen de sangre que mide la cantidad de hemoglobina sanguínea. La hemoglobina es una proteína en los glóbulos rojos que transporta oxígeno. Es una proteína que contiene hierro y que le otorga el color rojo a la sangre. Se encuentra en los glóbulos rojos y es la encargada del transporte de oxígeno por la sangre desde los pulmones a los tejidos.

**Hiperaldosteronismo o aldosteronismo:** Es un trastorno metabólico caracterizado por una sobreproducción y secreción de la hormona aldosterona por parte de las glándulas suprarrenales, lo cual conlleva a niveles disminuidos de potasio en el plasma sanguíneo y, en muchos casos a hipertensión arterial.

**Hipertrofia muscular:** Es el nombre científico dado al fenómeno de crecimiento en el tamaño de las células musculares lo cual se supone un aumento de tamaño de las fibras musculares y por lo tanto del músculo.

**Infección De Vías Urinarias:** La infección urinaria es la invasión, colonización y multiplicación de microorganismos en el aparato urinario, la infección puede afectar a cualquier parte, especialmente la baja compuesta de la uretra y la vejiga suele ser la más afectada denominándose cistitis. Cuando la infección se extiende hacia las partes más altas de las vías urinarias, ascendiendo por los uréteres hasta los riñones, se conoce como pielonefritis.

**Leucocituria:** Hallazgo en la orina de leucocitos en cuantía superior a 5 por campo o 5.000 leucocitos por minuto. Pueden penetrar en la orina a través de cualquier parte del tracto urinario o de la nefrona. La presencia de cilindros leucocitarios implica inflamación nefronal (p. ej., pielonefritis, nefropatía lúpica o rechazo de un injerto renal).

**Mortalidad perinatal:** La mortalidad perinatal o muerte perinatal se refiere a la muerte del feto o recién nacido desde las 28 semanas de embarazo hasta la primera semana de vida -7 días.

**Oliguria:** Es una disminución de la producción de orina (diuresis). Esta disminución puede ser un signo de deshidratación, fallo renal o retención de orina.

**Osmolaridad:** Es la medida para expresar la concentración total de sustancias en disoluciones usadas en medicina.

**Parto pretermino:** Es el nacimiento ocurrido antes de 37 semanas de gestación, en oposición a la mayoría de los embarazos que duran más de 37 semanas, contadas desde el primer día de la última menstruación. El nacimiento prematuro ocurre entre 6-12% de los nacimientos en la mayoría de los países.

**Ph:** Es una medida de acidez o alcalinidad de una disolución. El pH indica la concentración de iones hidronio  $[H_3O]^+$  presentes en determinadas disoluciones.

**Pielonefritis aguda o infección urinaria alta:** Es una inflamación del riñón que involucra el parénquima renal (las nefronas), la pelvis renal y los cálices renales. Normalmente, los microorganismos ascienden desde la vejiga hasta el parénquima.

**Poliuria:** Es un trastorno urinario caracterizado por el aumento de las cantidades de orina emitidas durante el día. Hablamos de poliuria para una diuresis, es decir, un volumen de orina emitido en más de 24 horas, superior a 3 litros por día en un adulto, 50 mililitros por kilogramo de peso en los niños.

**Polaquiuria:** Es un signo urinario, componente del síndrome miccional, caracterizado por el aumento del número de micciones (frecuencia miccional) durante el día, que suelen ser de escasa cantidad y que refleja una irritación o inflamación del tracto urinario.

**Progesterona:** La progesterona es una hormona esteroide muy versátil y esencial para el mantenimiento del embarazo. El principal mecanismo de acción de la progesterona es el clásico, vía receptor intracelular, regulando diversas funciones, aspectos celulares y vías moleculares implicadas en el proceso de la implantación.

**Reflujo Vesicouretral:** Es una condición que permite que la orina regrese a los uréteres y los riñones causando infecciones repetitivas del tracto urinario. El reflujo de orina expone a los uréteres y los riñones a infección por bacterias y a presión alta, la cual es generada por la vejiga durante la micción.

**Ruptura prematura de membranas (RPM):** Es un trastorno que se produce en el embarazo cuando el saco amniótico se rompe más de una hora antes del inicio del trabajo de parto. Una RPM se prolonga cuando se produce más de 18 horas antes del trabajo de parto. La ruptura de membranas es prematura cuando se produce antes del primer período del parto o período de dilatación. La ruptura prematura de membranas suele ser causada por una infección bacteriana.

**Susceptibilidad:** Se refiere a que es demasiado delicado o que es fácil de derrotar.

**Uro cultivo:** Es un examen de laboratorio para analizar si hay bacterias u otros microbios en una muestra de orina.

## 2.4 Sistemas de Hipótesis

¿Mediante el rol de Enfermería aplicando la teoría del auto cuidado de Dorothea Orem se podría disminuir las infecciones de Vías Urinarias que se presentan en Gestantes Adolescentes. Que acuden al Hospital Básico San Miguel?

## 2.5 Sistemas de Variables

**2.5.1 Variable Dependiente:** Factores de riesgo para el manejo infecciones de vías urinarias en gestantes adolescentes.

**2.5.2 Independiente:** Rol de Enfermería en Educación en salud sobre las infecciones de vías urinarias en gestantes.

### Matriz de operalización de variables

**Variable Dependiente:** Factores de riesgo para el manejo infecciones de vías urinarias en gestantes adolescentes.

Variable	Definición	Indicadores	Dimensiones	Escala	Fuente
Factores de riesgo para el manejo infecciones de vías urinarias en gestantes adolescentes.	Aspectos que provocan el aumento de complicaciones durante la etapa de gestación	Factores personales	Nivel de Instrucción  Edad  Raza  Ocupación	Primaria----- Secundaria:--- Superior..... Ninguna-----  13 -14años:----- 15-16años:----- 17-18 años:----- 19años: -----  Blanca:----- afro ecuatoriana:----- Mestiza: ----- indígena: -----  Quehaceres domésticos ----- Estudiante ----- Otras -----	Historia clínica y Encuestas

			Estado civil	Soltera:----- Casada:----- Viuda:----- Divorciada ----- U.L:-----	
			Nº de embarazos	1-2 ----- 3-4 ----- Más de 5-----	
			Mes de embarazo que cursa	1-3 ----- 4-6 ----- 7-9 -----	
			Controles que se realiza en el embarazo	1-3 --- 4-5 ---- 6-8 ----- Ninguno -----	
			Se ha realizado exámenes de orina en el embarazo	Si ----- No -----	
		Factores socio-familiar	Situación económica	Independiente:----- Dependiente:----- Otras:-----	
		Factores de riesgo	IVU en el embarazo	Aumento del flujo sanguíneo renal  Uretra corta  Reflujo vesicouretral  Relaciones sexuales  Antecedentes de IVU anterior  Acción de la progesterona	Historia clínica

**Variable Independiente:** Rol de Enfermería en Educación en salud sobre las infecciones de vías urinarias en gestantes.

Variable	Definición	Indicadores	Dimensiones	Escala	Fuente
Rol de Enfermería en Educación en salud sobre las infecciones de vías urinarias en gestantes.	Acción y efectos de educar informar a la población estudiada con el fin de favorecer el conocimiento de las gestantes	Nº de participantes	Charlas: Individual grupal	Semanal Mensual Trimestral	Historia clínica
		Nº de participantes que reciben consejería	Personal de Enfermería	Siempre Casi siempre Usualmente Nunca	Encuestas aplicadas y historia clínica
		Conocimiento	Tiene conocimiento sobre las IVU	Si ----- No ----- Poco ---- mucho ---- nada -----	Encuesta aplicada
		Higiene Personal	Evitar la proliferación de bacterias en IVU	Si ---- No-----	Encuesta aplicada
		Nº de Frecuencia	Factores predisponentes	Edad  No acudir a los controles prenatales  Antecedentes familiares  Higiene personal no adecuada  Actividad sexual	Encuesta y historia clínica

		Nº de controles	Durante el embarazo	1-3 ----- 4-5 ----- 6-7 ----- Ninguno ----	Encuesta aplicada y Carnet prenatal
		Relaciones sexuales	Durante el embarazo	Si----- No -----	Encuesta aplicada
		Maternas Neonatales	Complicaciones	Amenaza de aborto  Roptura prematura de membranas  Partos pre-términos  Bajo Peso	Historia Clínica
		Nº de Incidencia de IVU	Semanas gestación de	-12 semanas  12-16 semanas  17- 20 semanas  21-26 semanas  + 26 semanas	Historia Clínica

## 2.6 APARATO URINARIO

El aparato urinario comprende los riñones, que elaboran la orina y la evacuan por vías excretoras: los cálices y la pelvis renal. A partir de cada pelvis la orina recorre el uréter correspondiente, que la conduce a la vejiga urinaria. Este reservorio es el encargado de controlar la evacuación de la orina al exterior en periodos (micción), a través de la uretra. Los riñones también tienen funciones de secreción endocrina. [16]

Es un sistema cerrado que drena la orina desde los riñones hacia la vejiga y, por último, al exterior a través de la uretra. En circunstancias normales todo el tracto urinario es estéril. Existen varios mecanismos de defensa que impiden la infección del tracto urinario. El flujo urinario de salida sirve para eliminar los microorganismos. Es probable que este sea el mecanismo de defensa más importante y puede eliminar el 99% de los microorganismos inoculados en forma experimental en la vejiga. La propia orina tiene varias características que dificultan el crecimiento bacteriano, entre ellas un pH ácido (5.5) dado que las bacterias prefieren un medio más alcalino, con un pH de 6 a 8; una baja osmolaridad, por lo general a la que se requiere para un crecimiento bacteriano óptimo y la presencia de urea y de ácidos orgánicos débiles. [17]

**Los Riñones:** Son dos órganos situados en la parte posterior del abdomen uno a cada lado de la columna vertebral. Son los responsables de regular el equilibrio electrolítico.

**Los Uréteres:** Son dos conductos que llevan la orina desde los riñones a la vejiga.

**La Vejiga:** Es un órgano hueco musculo membranoso destinado a contener la orina que llega de los riñones a través de los uréteres. Su capacidad es de unos 700-800 ml.

16 Latarjet Michael, Ruiz Liard Alfredo, (2004), Anatomía Humana Volumen 2. Ed. Médica Panamericana. pág. 115

17 Gennaro Alfonso R. (DRT). Remington: Farmacia. Ed. Médica Panamericana. Pág. 56



**La uretra:** Es el conducto altamente sistematizado que transporta y permite la salida al exterior de la orina contenida en la vejiga, donde es expulsada mediante un proceso llamado micción. [18]

**Orina:** “La orina se procesa básicamente a través de tres procesos que se desarrollan en los nefrones los tres procesos son: [18]

### **Filtración**

Es el proceso que permite el paso del líquido desde el glomérulo hacia la capsula de Bowman por la diferencia de presión sanguínea que hay entre las ambas zonas. A través del índice de filtrado glomerular, es posible inferir que cada 24 horas se filtran, en ambos riñones, 180 litros aproximadamente. Los factores que influyen en la filtración glomerular son: flujo sanguíneo y efecto de las arteriolas aferente y eferente. [18]

### **Reabsorción**

Muchos de los componentes del plasma que son filtrados en el glomérulo, regresan de nuevo a la sangre. Es el proceso mediante el cual las sustancias pasan desde el interior del túbulo renal hacia los capilares peritubulares, es decir, hacia la sangre. Este proceso, permite la recuperación de agua, sales, azúcares y aminoácidos que fueron filtrados en el glomérulo. [18]

### **Secreción**

Una vez formada la orina en los glomérulos, discurre por los túbulos hasta llegar a la pelvis renal, desde donde pasa al uréter y llega a la vejiga, lugar donde es almacenada. Cuando el volumen supera los 250-500 cm<sup>3</sup>, sentimos la necesidad de orinar, debido a las contracciones y relajaciones del esfínter, que despierta el reflejo de la micción. La frecuencia de las micciones varía de un

individuo a otro debido a que en ella intervienen factores personales como son el hábito, el estado psíquico de alegría o tensión, y el consumo en mayor o menor medida de bebidas alcohólicas. En caso de retención se puede acumular hasta 3 litros, el aumento por encima de esta cifra se denomina poliuria y la disminución oliguria”. [18]

“El incremento del volumen urinario baja progresivamente durante todo el embarazo. Los valores a las 40 semanas se encuentran por debajo de lo normal que es de 1200 hasta 1500cc en relación con las no grávidas en cuanto a su diuresis horaria se considera normal 50cc de orina. Al igual que lo que ocurre con otros fenómenos, la diuresis es menor de pie y en decúbito dorsal que en el lateral, debido probablemente a la obstrucción uretral y, sobre todo, a las modificaciones hemodinámicas renales que se producen como consecuencia de la obstrucción de la vena cava inferior, así como también al hiperaldosteronismo desencadenado por la posición recta. La diuresis nocturna es mayor que la diurna; en ello podría influir la posición de la embarazada. Cuando esta se acuesta y permanece fundamentalmente en posición lateral, se reabsorben los edemas y aumenta la diuresis. La glucosuria es relativamente frecuente, debido a que el aumento de la filtración no siempre se encuentra balanceado por un incremento similar de la reabsorción. Debe distinguirse de la lactosuria, también muy frecuente durante el embarazo. Es dable hallar proteinuria de hasta 0,5 g/l en la orina de 24h en embarazadas sin patología, aunque se discute si ello puede ser considerado normal. Aumentan los aminoácidos (especialmente histidina) y la creatinina. Descienden la urea y el nitrógeno no proteico, y puede aumentar la urobilina de 3.4 a 5.4 g/dl. Frecuentemente se eliminan sales biliares. El sedimento urinario no se modifica significativamente, encontrándose el recuento de Addis dentro de los límites normales. En un 2 a 10% de las embarazadas se observa bacteriuria asintomática de más de 100000 colonias por ml de orina”. [18]

## **Cambios anatómicos en el embarazo**

Durante el embarazo, las alteraciones anatómicas de la base de la vejiga causada por el agrandamiento del útero, producen desplazamiento lateral del uréter intravesical. Este desplazamiento es más pronunciado durante las etapas finales de la gestación. El acortamiento del Uréter terminal induce a disminución de la presión intrauretral. Este cambio anatómico propicia la regurgitación de la orina a través del orificio ureteral cuando aumenta la presión en la vejiga durante la micción. [19]

Durante el segundo trimestre del embarazo se producen cambios de las vías urinarias altas a medida que el útero al aumentar de volumen llena la cavidad pélvica y comprime el uréter a nivel del borde del estrecho superior. El hecho de que el reflujo ocurra esporádica e intermitentemente ha impedido una valoración exacta de la frecuencia del proceso. De acuerdo a estudios realizados por Marchant, se ha observado reflujo en 3% aproximadamente de las enfermas grávidas cerca del término, es probable que sea más frecuente, y de hecho, puede ocurrir en toda mujer embarazada. Una de las consecuencias más peligrosas del reflujo ureterovesical en el curso de la gestación es la infección ascendente de las vías urinarias. [19]

## **Cambios fisiológicos en el tracto urinario de mujeres embarazadas**

a) Dilatación de los uréteres y pelvis renales.

b) Disminución de la peristalsis ureteral.

c) Aumento del volumen urinario en los uréteres (de 2-4 ml, a más de 50 ml).

Este fenómeno produce una columna líquida continua que ayuda a la propagación de la infección desde vejiga hasta riñón.

d) Disminución del tono vesical, lo que se asocia a aumento del volumen urinario en la vejiga, aumento capacidad vesical y disminución de su vaciamiento.

El volumen urinario residual aumenta de 5-15 ml en el estado de no embarazo, a 20-60 ml durante la gestación.

e) Hipertrofia de la musculatura longitudinal del uréter.

f) El pH urinario está elevado durante el embarazo, especialmente por la excreción aumentada de bicarbonato. El pH elevado favorece la multiplicación bacteriana. [19]

### **2.6.1 Clasificación de la Infecciones de vías urinarias en el embarazo**

Las Infecciones de Vías Urinarias más frecuentes durante el embarazo son:

- a) Bacteriuria asintomática.
- b) Cistitis aguda.
- c) Pielonefritis aguda.

La infección urinaria es la invasión, colonización y multiplicación de microorganismos en el aparato urinario, la infección puede afectar a cualquier parte, especialmente la baja compuesta de la uretra y la vejiga suele ser la más afectada denominándose cistitis. Cuando la infección se extiende hacia las partes más altas de las vías urinarias, ascendiendo por los uréteres hasta los riñones, se conoce como pielonefritis. [20]

Durante la gestación la infección de vías urinarias es una de las complicaciones más frecuentes, debido a las modificaciones morfológicas, hormonales y funcionales, que éste provoca en la anatomía, función uretral y vesical del tracto urinario, siendo la segunda patología médica más frecuente del embarazo. Las 3 entidades de mayor repercusión son: – Bacteriuria asintomática (BA) (2-11%), cuya detección y tratamiento son fundamentales durante la gestación, pues se asocia a prematuridad, bajo peso y elevado riesgo de progresión a pielonefritis aguda (PA) y sepsias. – Cistitis aguda (CA) (1,5%). Pielonefritis aguda (1-2%), es más alta al final del segundo trimestre y en el tercer trimestre, principal causa de ingreso no obstétrico en la gestante, que en el 10 al 20% de los casos supone alguna complicación grave que pone en riesgo la vida materna y la fetal. [20]

19 <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1866/1/tesis/andrea.pdf>

20 García M. (2010), Infección de vías urinarias en mujeres embarazadas; Sociedad de Obstetricia y Ginecología del Uruguay

Se calcula que la infección urinaria afecta un 15% de mujeres de todas las edades cada año y de estas más del 25% puede presentar una recurrencia. Uno a veintinueve por ciento (29%) de los embarazos se complica por una infección urinaria, siendo una de las complicaciones médicas más comunes de la gestación, que corresponde a 10% de las admisiones hospitalarias durante este período, por lo que es de gran importancia diagnosticarlas y tratarlas oportunamente debido a sus efectos adversos sobre la salud materna y/o fetal, que incluyen mayor incidencia de parto pretérmino y bajo peso al nacer. Las infecciones urinarias pueden ser sintomáticas o asintomáticas. [21]

La bacteriuria asintomática se refiere a la multiplicación activa de bacterias dentro de las vías urinarias sin síntomas de infección urinaria y constituye el principal factor de riesgo para desarrollar infección sintomática de las vías urinarias durante el embarazo, debido a que aproximadamente 25% de las gestantes que la padecen desarrollan síntomas posteriormente. [21]

Los factores de riesgo para bacteriuria e Infección del Tracto Urinario en el embarazo son: anomalías del tracto urinario, antecedentes de Infección del Tracto Urinario recurrentes, anomalías funcionales del tracto urinario, retención urinaria neurogénica, diabetes mellitus, condiciones socioeconómicas bajas, paridad, actividad sexual. Los microorganismos responsables de la infección urinaria sintomática y asintomática son los mismos; *Escherichia coli* se encuentra en la mayoría de los casos, seguido en frecuencia por el *Proteus mirabilis*, *Klebsiella*, *Proteus vulgaris* y *Enterobacter*. [21]

Algunas bacterias gram positivas también han sido asociadas con la patología del tracto urinario, aunque de forma menos frecuente como el *Staphylococcus coagulasa negativo* y *Estreptococo del grupo B*. [21]

21 Cárdenas A, Figueroa M, Domínguez B, Guzmán L & Ayorro C. (2005), Guía para el tratamiento de las Infecciones de Vías Urinarias en embarazadas.

### **a.- Bacteriuria Asintomática**

La bacteriuria asintomática implica la expulsión de bacterias en la orina sin síntomas de infección urinaria. La orina es normalmente estéril así que la presencia de bacterias en la orina se considera algo anormal, una infección. Esta entidad es relativamente reciente y fuera del embarazo se discute si debe ser tratada o no. [22]

En el embarazo puede generar serias consecuencias por lo que es necesario solicitar los estudios apropiados para detectarla y tratarla si está presente.

Técnicamente hablando, la bacteriuria asintomática (BA) se define como un cultivo urinario (urocultivo) positivo (presencia de más de 100.000 Unidades Formadoras de Colonias -UFC- por mililitro de orina) en ausencia de síntomas de infección urinaria. [22]

En el embarazo la inmunidad celular está un poco disminuida y ciertas infecciones se pueden salir del control de los mecanismos inmunológicos naturales de la mujer y poner en peligro su vida; el caso más notable es el de la bacteriuria asintomática. Sin diagnóstico y tratamiento apropiado el 25-30% de las pacientes con Bacteriuria Asintomática desarrollará una infección renal (pielonefritis aguda) sintomática que puede desencadenar una infección generalizada (sepsis, 2% de los casos) y llevar a la paciente a una terapia intensiva. En cambio, en la mujer no embarazada las complicaciones de la pielonefritis son bastante raras. En cuanto al bebé, la Bacteriuria Asintomática y sus complicaciones pueden generar partos prematuros y bebés de bajo peso al nacer. [22]

Como sabemos que el 2-7% de las mujeres, embarazadas o no, sufren de BA tenemos la obligación de practicar cultivos de orina ocasionales en la mujer no embarazada y de manera rutinaria a **TODAS** las mujeres embarazadas en su primera visita prenatal. [22]

## **b. - Cistitis Aguda**

En una infección de la vejiga los agentes patógenos se sitúan en el tracto urinario inferior. La bacteria puede migrar a través de la uretra hasta la vejiga y puede causar la llamada "cistitis".<sup>[23]</sup>

En el embarazo las mujeres embarazadas son particularmente vulnerables a la cistitis ya que durante el embarazo la hormona progesterona relaja los músculos de los órganos que tienen lumen, como el tracto gastrointestinal, y se inflaman. Las bacterias pueden penetrar más fácilmente a través de la uretra, se multiplican y se extienden demasiado fácilmente al uréter y pelvis renal. Además hace que los músculos estén más cansados y el orina se filtra más lentamente desde los riñones a la uretra. Por esta lentitud las bacterias no son expulsadas de inmediato y tienen más tiempo para multiplicarse. <sup>[23]</sup>

Debido a los cambios hormonales del embarazo la cistitis es un problema recurrente pues las mujeres son particularmente propensas a padecer infecciones de la vejiga en este momento. Pero incluso aunque la inflamación de la vejiga se puede curar sin medicación, padecer cistitis en el embarazo requiere acudir al médico para evitar complicaciones. <sup>[23]</sup>

Si la cistitis es tratada a tiempo, no presenta ningún riesgo para el embarazo. Si la infección no recibe tratamiento durante demasiado tiempo las bacterias pueden multiplicarse y penetrar en la vagina. <sup>[23]</sup>

Una forma particularmente crítica de la cistitis frecuente en el embarazo es la infección **asintomática** del tracto urinario. En esta variación de la infección las bacterias pueden detectarse en un análisis pero no hay otros síntomas. Este tipo de infección se suele dar en un 5-10% los embarazos. <sup>[23]</sup>

A medida que avanza el embarazo con cistitis y la mujer no se da cuenta de ello, puede que por la ausencia de tratamiento sea luego demasiado tarde. En un embarazo la cistitis hace también que aumente el riesgo de parto prematuro o aborto involuntario. <sup>[23]</sup>

“Se trata de procesos infecciosos localizados de sintomatología bien definida: Polaquiuria, tenesmo y dolor de la región vesicoureteral con irradiación, a veces a los muslos”. Las infecciones altas del árbol urinario también se manifiestan en su forma latente por esta sintomatología, lo cual obliga a desconfiar de toda supuesta uretricitis o cistitis que se prolonga más de una semana a pesar del tratamiento o que recidiva. En este caso hay que pensar en una posible pielonefritis o en una cistitis real pero de naturaleza tuberculosa, tumoral etc. [24]

La bacteria causante en la gran mayoría es la *Escherichia coli* y, en menor proporción, la *Chlamydia trachomatis*, entre otras. Una vez recolectada una muestra de orina para uro-cultivo, la quimioterapia antimicrobiana debe instituirse de inmediato durante 7 a 10 días. [24]

Aunque los síntomas hayan desaparecido, se aconseja repetir el uro-cultivo y proceder según el esquema arriba expuesto. También se aconseja el mismo seguimiento que para la bacteriuria asintomática durante el puerperio alejado”. [24]

### **c.- PIELONEFRITIS AGUDA**

La pielonefritis es una infección grave en los riñones, que a menudo se produce cuando no se trata adecuadamente una infección de la vejiga (cistitis), y las bacterias que han causado la infección suben hasta los riñones (infección ascendente). [25]

La infección en los riñones es la complicación médica grave más común del embarazo. Puede provocar parto prematuro y otros problemas, por lo que si tienes síntomas que indican una posible infección en los riñones, debes consultar al médico y recibir tratamiento de inmediato. [25]

24 SCHWARCZ-SALA. Obstetricia. Pág.328

25 <http://espanol.babycenter.com/a900790/infeccion-en-los-riñones-pielonefritis-durante-el-embarazo>



La pielonefritis aguda, o infección urinaria alta, es la forma más grave de presentación de la infección del tracto urinario. El cuadro clínico se caracteriza por fiebre, que puede llegar a ser muy elevada (sobre 39 C), calofríos intensos, y, en 85% de los casos, dolor en región costolumbar. La bacteriuria es siempre significativa, y en el 7-10% de las pacientes se produce bacteremia. El hecho más significativo es que 2-3% de ellas desarrollará shock séptico, con la consiguiente gravedad para madre y feto. Menos frecuentemente, la pielonefritis aguda ( PA) se ha asociado a síndrome de dificultad respiratoria del adulto, complicación muchas veces mortal. La mayoría de las infecciones urinarias altas se producen en los dos últimos trimestres de la gestación (67%) y 20% ocurre en el puerperio. Muchas pacientes con esta infección experimentan contracciones uterinas frecuentes e intensas, debido a que la mayoría de los gérmenes involucrados contienen fosfolipasa A2, enzima fundamental para la síntesis de prostaglandinas, sustancias envueltas en el inicio del trabajo de parto. La BA no tratada evoluciona a pielonefritis aguda en 13,5 a 65% de los casos. Con tratamiento, en cambio, esos porcentajes disminuyen a 0-5,3%. De las pacientes con pielonefritis aguda, (28% desarrolla bacteriuria recurrente, y 10% presenta nuevamente pielonefritis aguda durante el mismo embarazo. [26]

### **2.6.2 Etiología**

La prevalencia de infecciones urinarias varía con el sexo y la edad; algunas condiciones como el embarazo y la diabetes, se asocian a una mayor incidencia. Los microorganismos implicados en la infección urinaria no han cambiado de forma significativa en los últimas dos décadas; así el agente etiológico que con más frecuencia se encuentra en las infecciones de vías urinarias (IVU) es la *Escherichia coli* con un 86 a 90%. [27]

26 <http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/itu.html>

27 Filippi J, Medina A. (2004). Detección y tratamiento de la bacteriuria asintomática en el embarazo. Hospital Materno Infantil "Reina Sofía" Cruz Roja Paraguaya. Asunción – Paraguay. Revista Instituto Médico "Sucre" LXIX.- 124 (19 – 29)

El 10 a 14% restante se distribuye mayoritariamente entre *Klebsiella* spp., *Proteus* (*vulgaris* y *mirabilis*), *Enterobacter* spp., y *Pseudomona* spp., la proporción de estas últimas bacterias se eleva principalmente en infecciones intrahospitalarias, pacientes inmunocomprometidos, asociadas a malformaciones de la vía urinaria, vejiga neurogénica e instrumentación urológica. Otros patógenos menos frecuentes productores de infecciones de vías urinarias son las bacterias gram positivas como *Staphylococcus coagulasa* negativo. [27]

### **2.6.3 Epidemiología**

Se conoce desde hace tiempo la frecuencia y la importancia de las infecciones sintomáticas del tracto urinario de las embarazadas. Por otro lado, desde mediados de los cincuenta, los trabajos de Kass han mostrado que una bacteriuria significativa puede presentarse en ausencia de signos o síntomas de infección del tracto urinario. Kass demostró la existencia de una bacteriuria persistente significativa en el 6% de todas las embarazadas. Cuando se realizó un estudio randomizado, totalmente correcto desde el punto de vista científico, en el 40% de dichas pacientes que fueron tratadas con placebo, apareció una pielonefritis aguda, mientras que dicha complicación no se presentó cuando las embarazadas fueron tratadas correctamente y se eliminó su bacteriuria. Asimismo, se pudo comprobar que el parto prematuro y la mortalidad perinatal fueron de dos a tres veces mayores en las pacientes con bacteriuria tratadas con placebo que en aquellas sin bacteriuria o en las que su bacteriuria había sido eliminada con el tratamiento. Se pudo concluir que la detección de la bacteriuria materna podría identificar un grupo de embarazadas con riesgo de desarrollar pielonefritis aguda o presentar parto prematuro. En consecuencia, la pielonefritis gravídica puede ser prevenida mediante la detección y el adecuado tratamiento de la Bacteriuria en el embarazo, y con el tratamiento de la misma podrían ser evitados al menos el 5-10% de partos prematuros. [28]

28 Cabero Roura Luis, Saldivar Donato, Cabrillo Rodríguez Eduardo. (2007). *Obstetricia Y Medicina Materno-Fetal*. Ed. Médica Panamericana. pág. 829

#### 2.6.4 Diagnóstico

La sospecha de infección se sustenta en el cuadro clínico y el análisis de orina y se confirma con el sedimento urinario y el Urocultivo.

El principal análisis es el uro-cultivo con recuento de colonias por mililitro de orina. La técnica de recolección de la orina y la interpretación de los cultivos cuantitativos fueron descritas más arriba. Si el caso presenta una sintomatología clínica clara y el cultivo es positivo con más de 100.000 colonias/ml de orina, el diagnóstico clínico es seguro. Ayudan a este diagnóstico las alteraciones del sedimento ya mencionadas. El hemocultivo puede ser útil para identificar el origen de la infección y la naturaleza del germen. Las pruebas funcionales en las formas medianas y leves de la pielonefritis aguda casi siempre son normales. Las modificaciones radiológicas son rara vez poco precisas. [29]

**Diagnóstico de BA:** el Urocultivo al principio del embarazo es el procedimiento diagnóstico de elección, el momento para hacerlo es al final del primer trimestre a inicio del segundo entre las 9 y 17 semanas. Si éste revela más de 100.000 UFC/ ml de un único microorganismo considerado uro patógeno, es suficiente para el diagnóstico de BA. En caso de urocultivo positivo se dará el tratamiento antibiótico y se realizará control con urocultivo y examen general de orina a las 2 semanas de terminado el tratamiento, y continuará con urocultivo y examen general de orina mensuales durante el resto del embarazo. [30]

**Para el diagnóstico de cistitis:** A su vez, cuatro síntomas y un signo disminuyen la probabilidad de IU: Ausencia de disuria, Ausencia de dolor lumbar, Historia de flujo o irritación vaginal, Evidencia al examen genital de flujo vaginal. El análisis de orina suele mostrar: Sedimento: piuria ( en general > 3 leucocitos por campo de 40 aumentos). Urocultivo positivo (> 100.000 UFC/ ml) [30]

**Diagnóstico de Pielonefritis aguda:** la clínica se confirma con el Urocultivo con > 100.000 UFC/ ml de orina. En el sedimento se encuentra leucosituria, también puede haber cilindros leucositarios, proteinuria y hematíes. [30]

29 <http://repositorio.ucsg.edu.ec:8080/bitstream/123456789/2993/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-93.pdf>

30 [http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista155/6\\_155.htm](http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista155/6_155.htm)

## 2.6.5 Tratamiento de las Infecciones de Vías Urinarias en el Embarazo

El tratamiento específico para la ITU será determinado por el médico basándose en lo siguiente:

- ✚ Su edad, estado general de salud y su historia médica.
- ✚ Que tan avanzada esta la enfermedad.
- ✚ Su tolerancia a ciertos medicamentos, procedimientos o terapias.
- ✚ Sus expectativas para la trayectoria de la enfermedad.
- ✚ Iniciar el tratamiento inmediatamente después de hacer las formas microbiológicas.
- ✚ Ingesta hídrica abundante, 2 a 3 litros en 24 horas.
- ✚ Higiene anal hacia atrás, en la mujer.
- ✚ Antibioticoterapia

### Esquema de tratamiento de las IU durante el embarazo:

#### BA o cistitis

1° Trimestre:

1ª opción:

Amoxicilina/ Clavulanato 875/ 125 mg (VO c/ 12 hs por 7- 10 días) o

Ampicilina/ Sulbactan 375 mg (VO c/ 12 hs por 7- 10 días) o

Cefalexina 500 mg (VO c/ 6 hs por 7- 10 días)

2ª opción: alternativa o alergia a betalactámicos

Nitrofurantoína 100mg (VO c/ 6 hs por 7- 10 días). Debe evitarse en el último trimestre

2° trimestre: Se utilizan los mismos antibióticos y con mismo esquema o

Trimetoprima/ Sulfametoxazol 400/ 80 mg (VO c/ 12 hs por 7 días)

3° trimestre: Ampicilina/ Sulbactan, Amoxicilina/ Clavulanato o Cefalexina con los mismos esquemas citados anteriormente.

#### Pielonefritis

1°, 2°, 3° trimestre:

Amikacina 1 gr (IV c/ 24 hs) más

Ceftriaxona 1gr (IV c/ 24 hs)

Esquema alterno:

Claritromicina 500 mg (IV c/ 12 hs) más

Amikacina 1 gr (IV c/ 24 hs)

En la pielonefritis aguda: la hospitalización de la paciente tiene como objetivo: manejar la infección y vigilar la presencia de posibles complicaciones obstétricas. Se debe realizar: [31]

- ✚ Valoración obstétrica. Exploración vaginal y Test de Bishop, monitorización de la frecuencia cardíaca fetal y dinámica uterina, ecografía para valorar estado fetal.
- ✚ Hemograma, proteína C reactiva, función renal y electrolitos.
- ✚ Hemocultivo y urocultivo previo al tratamiento.
- ✚ Monitorización periódica de signos vitales.
- ✚ Hidratación venosa para conseguir diuresis > 30 ml/ hora.
- ✚ Correcto balance hídrico.
- ✚ Iniciar inmediatamente el tratamiento antibiótico de forma empírica.
- ✚ Es conveniente realizar ecografía renal.
- ✚ Control de posibles complicaciones.

Cuando la paciente esté apirética 48- 72 hs, se pueden cambiar los antibióticos intravenosos a vía oral, y valorar el alta hospitalaria y completar en forma ambulatoria el tratamiento durante 14 días. Si persiste la fiebre 48- 72 hs. Se debe excluir una obstrucción de la vía urinaria y/ o un absceso renal o perinefrítico por medio de una ecografía renal. Se debe realizar urocultivo de control 1- 2 semanas tras finalizar el tratamiento y luego mensualmente hasta el parto [31]

IU recurrentes: pueden ser recidivas (es todo episodio que ocurre en las primeras semanas luego de una aparente curación y causado por la persistencia del mismo microorganismo) o reinfecciones (es causado por cepas distintas a la infección anterior). En el caso de recidiva se recomienda la utilización de dosis bajas de antibióticos durante 6- 12 meses orientando la terapia según el antibiograma. En la embarazada con IU recurrente por reinfecciones, se aconseja realizar profilaxis antibiótica hasta el parto con Cefalexina. [31]

## **Conducta terapéutica**

El tratamiento se realizará según el resultado del estudio de susceptibilidad, en el último trimestre de la gestación las sulfonamidas no deben usarse porque su unión con la albúmina desplaza a la bilirrubina y aumenta el riesgo de hiperbilirrubinemia en el feto y el recién nacido. [32]

Trascurridas 4 semanas después de la terapéutica antibiótica, se repite el uro cultivo cuantitativo. Aproximadamente en el 20% de las gestantes tratadas la bacteriuria recurre, por lo que se hace necesario evaluar e instrumentar el tratamiento oportuno he indicado, hasta llegar al parto. [32]

Conviene administrar simultáneamente acidificantes de la orina, como la metionina, el ácido modélico, o la vitamina C para obtener un medio desfavorable para los gérmenes. Estas sustancias demostraron ser capaces de mantener la orina libre de bacterias. [32]

En las mujeres que han presentado bacteriuria significativa durante la gestación debe realizarse un uro-cultivo cuantitativo a las 6 semanas del posparto y luego cada 3 meses por un período adicional que varía según los autores (de uno a dos años). [32]

La Conducta terapéutica. Debe ser específica, intensiva y prolongada. Su control se realizará por medio del uro-cultivo y antibiograma. Se deben seguir los pasos indicados a continuación: [33]

- a. Antes de iniciar el tratamiento se recogerá orina para su cultivo y antibiograma. También el hemocultivo simultáneo puede ser de valor.
- b. El tratamiento que se debe optar por el más adecuado, observando la toxicidad sobre el feto, y el resultado del cultivo y del antibiograma. [33]

32 <http://www.repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/2554/1/TESIS.pdf>

33 <http://repositorio.ucsg.edu.ec:8080/bitstream/123456789/2993/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-93.pdf>

c. “Los antibióticos mejor valorados en cuanto a su sensibilidad son la fosfomicina trometamol y después la amoxicilina clavulánico, ambos son considerados de primera elección para el tratamiento de las Infecciones de Vías Urinarias. Se dejan las quinolonas como antibióticos de reserva, que sólo deben ser pautados, cuando los resultados del antibiograma confirmen la sensibilidad del uropatógeno”. [33]

d. La antibioticoterapia se suspenderá si la sintomatología clínica desapareció y el uro-cultivo es negativo.

En caso de tratamientos inadecuados por la resistencia del agente infeccioso, conviene realizar uro-cultivos según se considere necesario, y evaluar la persistencia de la infección, posteriormente la paciente debe ser sometida a una evaluación completa de su estado renal. [33]

### **2.6.6 Nefropatías**

En el embarazo se han presentado casi todas las formas de nefropatías agudas y crónicas y no es difícil que el diagnóstico específico no se haga durante ese lapso, porque la proteinuria y la hipertensión pueden remedar la Preeclampsia, también porque definitivamente están contraindicados estudios esclarecedores como la biopsia renal y la urografía endovenosa. [34]

La nefropatía crónica, en especial si se acompaña de hipertensión, puede ocasionar retardo del crecimiento fetal y una mayor mortalidad perinatal. [34]

El problema más común de los riñones en el embarazo lo constituye la infección de vías urinarias. Los cambios anatómicos y los efectos hormonales hacen que se angoste la porción inferior del uréter, con dilatación de la porción inferior y la pelvis renal, cambios que hacen que se retrase el vaciamiento y con ello surja un mayor peligro de infección, el cual se agrava conforme evoluciona el embarazo, y persiste en el puerperio. [34]

34 <http://repositorio.ucsg.edu.ec:8080/bitstream/123456789/2993/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-93.pdf>

Los síntomas incluyen escalofríos, fiebre, Polaquiuria, disuria, y dolor en la zona renal. La gravedad puede variar desde una forma extraordinariamente benigna, hasta un cuadro muy tóxico, con náusea, vómitos y distensión abdominal. La irritabilidad uterina es una complicación importante de la pielonefritis, y es prudente buscar infección de vías urinarias en toda mujer con parto prematuro. [34]

Para tratar a la paciente adecuadamente, es necesario obtener una muestra de orina perfectamente tomada, limpia, y de mitad de chorro. Para asegurar que se ha logrado una muestra adecuada, la enfermera debe orientar a la mujer respecto a la técnica más conveniente de obtenerla. Es importante practicar un estudio del sedimento urinario, y también hacer cultivos y antibiogramas.

La administración de antimicrobianos debe continuar durante siete a diez días, incluso si la respuesta es satisfactoria y hay que hacer nuevos cultivos una vez que se interrumpa el tratamiento. La bacteriuria asintomática en el embarazo es importante por su gran relación con la pielonefritis ulterior, y por ello, es necesario tratarla. Se ha sugerido la relación con otros problemas obstétricos como pre madurez, pero es posible que sean simples coincidencias en un grupo de mujeres de alto riesgo. [34]

### **2.6.7 Factores de Riesgo y Vías de Infección de las infecciones de vías Urinarias en el Embarazo en adolescentes**

#### **Factores de Riesgo para Embarazo en Adolescentes.**

- ✚ La constitución de la familia.
- ✚ Las condiciones sociales y culturales.
- ✚ Los medios de comunicación masiva.
- ✚ Menarquía temprana.
- ✚ Los tempranos contactos sexuales.
- ✚ El no uso de anticonceptivos.
- ✚ Uso inadecuado de los anticonceptivos.
- ✚ El uso temprano de alcohol y/u otras drogas.



- ✚ Bajo Nivel Educativo.
- ✚ Carencia de apoyo por parte de amigos y/ o familia.
- ✚ Pobreza extrema.
- ✚ Ser víctima de abuso sexual.
- ✚ Desplazamiento con pérdida del vínculo familiar.
- ✚ La distorsión de la información con respecto a la sexualidad. [35]

### **Riesgos Asociados al Embarazo en Adolescentes**

- ✚ Anemia.
- ✚ Escasa ganancia de peso.
- ✚ Infecciones de vías urinarias.
- ✚ Vaginosi.
- ✚ Hipertensión inducida por el embarazo.
- ✚ Aborto.
- ✚ Ruptura prematura de membranas.
- ✚ Amenaza de parto pretérmino.
- ✚ Trabajo de parto pretérmino.
- ✚ Placenta previa.
- ✚ Restricción de crecimiento intrauterino.
- ✚ Embarazo prolongado.
- ✚ Diabetes Gestacional.

## Factores de Riesgo para Infección de Vías Urinarias

- ✚ Edad de la gestante
- ✚ Aumento del flujo sanguíneo renal
- ✚ Uretra corta
- ✚ Edema del triángulo
- ✚ Reflujo vesicouretral
- ✚ Acción de la progesterona
- ✚ Constipación
- ✚ Inmunosupresión
- ✚ Obstrucción progresiva de los uréteres
- ✚ Menor capacidad fagocítica y bactericida de los leucocitos
- ✚ Anemia de células falciformes
- ✚ Diabetes
- ✚ Antecedente de Infección de Vías Urinarias anterior
- ✚ Relaciones sexuales durante el embarazo

La disminución de la edad de la menarquía es un factor que determina la aparición de conductas de riesgo, lo cual provoca que la vida sexual comience en edades más tempranas. [35]

La madurez psicosocial, en cambio, tiende a desplazarse hacia edades más avanzadas debido al largo proceso de preparación que requiere una adolescente para llegar a ser autovalente. La población de 16 años o menos que se embaraza posee un riesgo más elevado para ella y su hijo si se la compara con adolescentes de mayor edad. Las adolescentes que se embarazan con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquía y el parto se consideran un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables. Entre 10 y 14 años hay mayores porcentajes de bajo peso al nacer, depresión al nacer, hipertensión inducida por el embarazo, elevada Morbimortalidad perinatal materna y mayor porcentaje de cesárea. [36]

36 BAEZA, B. [et al]. Identificación de Factores de Riesgo y Factores Protectores del Embarazo en Adolescentes de la Novena Región. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2007, No 72 (2). 76-81 p

Al existir poco desarrollo del eje hipotálamo hipófisis gónada durante éste período (antes de los 5 años posteriores a la menarquía), es necesario que el parto se desencadene artificialmente, si espontáneamente éste no ha ocurrido. La morbilidad y mortalidad de las adolescentes embarazadas en Latinoamérica puede ser similar al del grupo de mujeres adultas si se les entrega una adecuada atención prenatal y del parto. [36]

### **Vías de infección**

“Los gérmenes, que pueden provenir de focos sépticos (amigdalinos, dentarios, metronexiales, etc.) o de zonas donde normalmente habitan como saprofitos, alcanzan el tracto urinario por las siguientes vías:

**a. Ascendente:** La más importante, es seguida por los gérmenes que anidan en la vejiga o que llegan a ella a partir de procesos infecciosos del aparato genital (infecciones vaginales, cervicitis, endometritis, etc.) o desde zonas vecinas potencialmente contaminantes, como la región anal. El traslado de los gérmenes hasta los uréteres se produciría por simple acción mecánica. El reflujo vesicoureteral durante la micción favorecería el pasaje de los gérmenes, junto con el de la columna líquida, hacia las partes más bajas de los uréteres, desde donde continuarían su ascensión hasta el intersticio renal. [37]

Como, por otra parte, esa orina que refluye al uréter no es expulsada durante la micción.

**b.** Cuando ésta finaliza aquélla vuelve a la vejiga y, en consecuencia, queda como orina residual contaminada que puede favorecer aún más la infección renal”.

**c. “Descendente:** Los gérmenes pueden alcanzar el riñón por vía hemática o linfohemática. Por estas vías difícilmente se produce infección en un riñón sano. Pero pueden tener importancia en la embarazada, donde actúan factores predisponentes como los ya mencionados (obstrucción uretral) o en la gestante con alguna patología (por ejemplo, hipertensión). [37]

37 <http://www.repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/2554/1/TESIS.pdf>

d. Por contigüidad. Es más rara y podría representar una vía importante cuando el punto de partida del germen infectante fuera el intestino.”

e. El ascenso de los gérmenes también puede producirse por la submucosa uretral y por las vías linfáticas y hemática (venas periureterales). [37]





### **2.6.8 Complicaciones de la Infecciones de vías urinarias en Gestantes**

Cuando la embarazada presenta una infección urinaria, debe dársele tratamiento inmediato para evitar complicaciones como parto pretérmino o elevación de la presión arterial. La mayoría de las embarazadas presentan bacteriuria en la primera visita prenatal. Es decir, en la mayoría de casos los gérmenes ya están posiblemente desde antes del embarazo. De las mujeres que en la primera visita tienen bacteriuria asintomática, el 28 % desarrolla un cuadro de pielonefritis frente al 1.4 % de las mujeres con Urocultivo inicial negativo. El 75 % de las gestantes manifiestan la bacteriuria en el tercer trimestre. La pielonefritis aguda es un problema serio del embarazo que puede llevar a una sepsis materna y a un parto prematuro. Es importante que el tratamiento sea precoz y agresivo para prevenir las complicaciones. [38]

“El porcentaje de las gestantes que presentan bacteriuria asintomática y sin tratar desde el inicio del embarazo es de alrededor del 30%, y desarrollan una infección urinaria sintomática con el avance de la gestación. Luego del parto la incidencia de infección del tracto urinario es mayor en las que manifestaron bacteriuria asintomática en la etapa de gestación y no recibieron tratamiento”.

[38]

Estas complicaciones son:

-  Parto prematuro
-  Ruptura prematura de membranas
-  Amenaza de aborto
-  Aborto

38 <http://www.repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/2554/1/TESIS.pdf>

**Parto Prematuro:** Es definido médicamente como el parto ocurrido antes de 37 semanas de gestación, en oposición a la mayoría de los embarazos que duran más de 37 semanas, contadas desde el primer día de la última menstruación. El nacimiento prematuro ocurre entre 6-12% de los nacimientos en la mayoría de los países. Mientras más corto es el período del embarazo, más alto es el riesgo de las complicaciones. [39]

**Ruptura Prematura de Membranas:** Es un trastorno que se produce en el embarazo cuando el saco amniótico se rompe más de una hora antes del inicio del trabajo de parto. Una RPM se prolonga cuando se produce más de 18 horas antes del trabajo de parto. La ruptura de membranas es prematura cuando se produce antes del primer período del parto o período de dilatación. [39]

La ruptura prematura de membranas suele ser causada por una infección bacteriana, por el tabaquismo o por un defecto en la estructura del saco amniótico, el útero o cérvix y también por las relaciones sexuales y la presencia de dispositivos Intrauterinos (DIU). En algunos casos, la ruptura se puede curar espontáneamente, pero en la mayoría de los casos de RPM, el trabajo de parto comienza en las primeras 48 horas. Cuando esto ocurre, es necesario que la madre reciba tratamiento para evitar una posible infección en el recién nacido. [39]

**Amenaza de Aborto:** La amenaza de aborto puede ocurrir durante las primeras 20 semanas del embarazo, causando un sangrado vaginal que se origina dentro del útero, acompañada de dolores en el bajo vientre, en la cintura o a nivel del sacro. Esto advierte que puede haber riesgo a perder el feto. [40]

39 <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1866/1/tesis/andrea.pdf>

40 <http://es.slideshare.net/EDUARQUI23/amenaza-de-aborto>

**Aborto:** Es la pérdida espontánea de un feto antes de la semana 20 del embarazo (las pérdidas de fetos después de esa semana se denominan partos prematuros). [41]

Un aborto espontáneo también se denomina "aborto natural" y se refiere a los hechos que ocurren naturalmente y no a abortos terapéuticos o abortos quirúrgicos. 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 por que el producto apenas se está fijando en el útero. [41]

Añadiendo que una infección leve se puede complicar si no se detecta a tiempo provocando que entre el útero y la vejiga haya una mayor presión causando contracciones y sangrados, que pueden llevar a un aborto. [41]

#### **2.6.9 Protocolo de manejo de la Infección de Vías Urinarias en el embarazo: Bacteriuria Asintomática y Cistitis Aguda. (Ministerio de Salud Pública 2008)**

1. Realice o complete la Historia Clínica Materno perinatal y el carnet perinatal.
2. Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.
3. Realice evaluación obstétrica que incluya frecuencia cardíaca fetal por cualquier método.
4. Registre la existencia en el registro de control prenatal de exámenes de laboratorio: asegúrese de que consten **EMO** y **Urocultivo**.
5. Solicite aquellos que no consten en la Historia Clínica Materno Perinatal o necesiten ser actualizados. Indispensables solicitar **EMO** y **Urocultivo**.
6. Si la paciente es sintomática, tranquilícela e infórmele sobre su situación.

7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.
8. Dar apoyo emocional continuo y explique los pasos a seguir.
9. Administre tratamiento si cumple con: paciente asintomática o sintomática examen microscópico de orina infeccioso ( nitritos positivos, estereasa Leucocituria positiva, presencia de bacterias o piuria), o Urocultivo positivo (reporta más de 100.000 colonias/ml)
10. Considere las siguientes medidas generales:
  - ✚ Si esta asintomática, actividad normal
  - ✚ Si es sintomática, reposo relativo dependiendo del malestar general sugiera hidratación vía oral exhaustiva
  - ✚ Según necesidad control de temperatura por medios físicos y/o acetaminofén 500mg cada 8 horas hasta que cedan los síntomas
11. ANTIBIOTICOTERAPIA INICIAL: por 72 horas, inicio previa toma de muestra para Urocultivo, con UNO de los siguientes antibióticos: (valore eficacia, seguridad, conveniencia y costo) .
  - Ampicilina 250-500mg VO c/6h o
  - Cefalexina 250-500mg VO c/6h o
  - Eritromicina 250-500mg VO c/6h o
  - Amoxicilina 500mg VO c/8h o
  - Nitrofurantoina 50-100mg c/6h (no el tercer trimestre sobre las 37semanas) o
  - Fosfomicina 3g VO dosis única o
  - Ampicilina /sulbactan 375mg VO c/12 h 0
  - Amoxicilina / clavulanico 250mg VO c/6h o
  - trimetoprim/sulfametaxazol 160/180mg c/12 h (solo en II trimestre) o 320/1600mg en dosis única

con el resultado del Urocultivo y antibiograma valore la continuidad o el cambio apropiado de antibiótico para completar mínimo 7 días de tratamiento.
12. Si la mejoría clínica no se presenta, considere cambio de antibiótico y/o referencia a nivel de especialidad.

13. Seguimiento: con cultivo de orina a las dos semanas del episodio agudo (prueba de cura ) y cada mes ( para ver recurrencia ); si el Urocultivo es positivo dar tratamiento en base a antibiograma e iniciar terapia supresiva hasta 4 a 6 semanas del posparto.
14. Programe una cita para el control del tratamiento a las dos semanas.
15. NO OLVIDE solicitar según protocolo de control prenatal Urocultivo entre las 12 a 16 semanas y nuevamente en el tercer trimestre de la gestación.

**Protocolo de manejo de la Infección de Vías Urinarias en el embarazo: Pielonefritis (Ministerio de Salud Pública 2008)**

1. Manejo inicial similar a bacteriuria asintomática y cistitis aguda del punto 1 al 7.
2. Brinde apoyo emocional continuo y explique los paso a seguir.
3. Con el diagnostico probable, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carnet perinatal.
4. MANEJO HOSPITALARIO:
  - ✚ Reposo relativo según estado general.
  - ✚ Dieta blanda + líquidos abundantes.
  - ✚ Control de ingesta y excreta.
  - ✚ Bajar temperatura por medios físicos.
  - ✚ Acetaminofén 1g VO si hay temperatura mayor 38.5 grados.
  - ✚ Curva térmica.
  - ✚ Control de signos vitales maternos y fetales.
  - ✚ Líquidos intravenosos SS0.9% 100 cc IV 125 cc/h según hidratación.
  - ✚ ANTIBIOTICOTERAPIA INICIAL: por 72 horas, inicio previa toma de muestra para Urocultivo, valore eficacia, seguridad, conveniencia y costo. Con el resultado del Urocultivo y antibiograma valore la continuidad o el cambio apropiado de antibiótico para completar 7 días de tratamiento:
    - ✚ Cefazolina 1-2g IV cada 6-8 horas



- ✚ Gentamicina 2mg/kg dosis inicial IV luego 1.5 mg/kg IV c/8 h o gentamicina 5mg/kg IV cada día.
  - ✚ Cefuroxima 0,75- 1,5g IV c/8 h.
  - ✚ Ceftriaxone 1-2g IV o IM cada día.
5. Mantener el tratamiento intravenoso mientras persista la fiebre, si la sintomatología remite se puede hacer la conversación a tratamiento oral hospitalario y luego ambulatorio por 7 a 14 días.
  6. ANTIBIÓTICO ESPECÍFICO:
    - ✚ Si la paciente presenta signos de gravedad: sepsis, alteraciones respiratorias iniciar un segundo antibiótico como Gentamicina (2mg/kg dosis inicial y luego 1.5g/kg c/8h) o Aztreonam ( 500-1000mg IV c/8h).
    - ✚ Si pasadas las 72 horas paciente persiste febril se debe sospechar patógeno resistente o anomalías del tracto urinario o urolitiasis; para los dos últimos casos solicitar ecografía de riñón y vejiga.
  7. Proceda a enviar la hoja de referencia completa y correctamente llenada, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad, junto con los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.
  8. Seguimiento: con cultivo de orina a las dos semanas del episodio agudo (prueba de cura) y cada mes (para ver recurrencia); si el Urocultivo es positivo dar tratamiento en base a antibiograma e iniciar terapia supresiva hasta 4 a 6 semanas del posparto.
  9. Programe una cita para el control a las dos semanas.
    - ✚ NO OLVIDE solicitar según protocolo de control prenatal Urocultivo entre las 12 a 16 semanas y nuevamente en el tercer trimestre de la gestación.

## **Recolección de orina**

Su obtención inadecuada puede dar lugar a contaminación de la muestra, con resultados de laboratorio no confiables. El método recomendado es el de la recolección limpia al acecho, que obtiene la muestra de orina de la mitad del chorro de una micción espontánea. Con esta técnica se elimina el sondaje vesical, que implica el riesgo de provocar infección. Entre las muestras obtenidas por micción, por sondeo y por punción vesical transparieto abdominal, la variación de la cantidad de gérmenes es escasa y el germen es siempre el mismo. [42]

La recolección de orina por micción espontánea sólo requiere una rigurosa limpieza de la región vestibular. Después de lavarse las manos, la embarazada por sí misma se higieniza de adelante hacia atrás con gasa estéril embebida en solución de jabón al 10% y se enjuaga con gasa embebida en agua estéril. Antes de comenzar la micción, la paciente, valiéndose de dos gasas estériles, se abre los labios; el primer chorro y el final de la micción se descartan y sólo se recoge el chorro medio de la micción en un recipiente estéril. El cultivo debe iniciarse dentro de las primeras horas; en caso contrario, la muestra debe refrigerarse entre 4-6°C hasta el momento de realizarlo, para evitar la proliferación bacteriana que daría resultados falsos. ”. [42]

### **2.6.10 Rol de Enfermería y el Modelo de Dorothea Orem**

#### **Base teórica de Enfermería**

En nuestro estudio investigativo, enmarcamos en el modelo de cuidados de Dorothea Orem que está justificado por la función de la enfermera que es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud. También de fomentar la independencia tratando de que se establezcan o adquieran las destrezas, habilidades y conocimiento para realizar el autocuidado.

42 <http://www.repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/2554/1/TESIS.pdf>

Es una enfermera que nació en Baltimore, y se educó con las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl. En el año 1971 fue publicada su teoría. La teoría de enfermería se basa en cuatro conceptos: autocuidado, gestión de autocuidado, requisitos del autocuidado y demanda terapéutica de autocuidado. La enfermera tiene un compromiso especial con las necesidades del paciente de realizar acciones de autocuidado, para mantener la vida y la salud, recuperarse de la enfermedad y afrontar sus efectos.

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". [43]

Define además tres requisitos de autocuidado como son: [43]

- ✚ Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- ✚ Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- ✚ Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud. [43]

43 <http://ambitoenfermeria.galeon.com/dorothea.html>

## **Teoría del autocuidado**

El Autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, la intervención del paciente la capacidad de usar por si misma los métodos de manejo y el alivio que le proporcione el personal para lograr satisfacer sus necesidades. La teoría de Enfermería que se aplica dentro de la investigación es la de Dorothea Orem, la cual fue publicada en el año 1971. [44]

### **Autocuidado**

Refuerza la participación activa del individuo en el cuidado de su salud, como responsable de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo con el fin de la promoción de la salud. [44]

Un individuo cuida de sí mismo si realiza:

- ✚ Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento
- ✚ Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo
- ✚ Prevención o control de los procesos de enfermedades
- ✚ Prevención de la incapacidad o su compensación. [44]

### **Teoría de los sistemas de enfermería:**

En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- ✚ Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suple al individuo.
- ✚ Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados.
- ✚ Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda. [45]

44 [http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/\(2012\)/06/dorothea-orem.html](http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/(2012)/06/dorothea-orem.html)

Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo. [45]

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto. Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo. [45]

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- 1.- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
- 2.- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- 3.- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito. [45]

45<http://ambitoenfermeria.galeon.com/dorothea.html>

4.- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.

5.- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar. [45]

### **Naturaleza del autocuidado:**

El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. [46]

Orem contempla el concepto auto como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales) y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. [46]

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. [46]

Puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades: [46]

- ✚ Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
- ✚ Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
- ✚ Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
- ✚ Prevención de la incapacidad o su compensación.
- ✚ Promoción del bienestar.

El cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos. El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado. [46]

46 Orem E D. Modelo de Orem: La teoría de enfermería de autocuidado. Una teoría general. Madrid. Masson \_ Salvat. 1999

## Consejería





La consejería o accesoria es un proceso de apoyo, información, educación y comunicación en el que se parte de las necesidades que tienen, se abordan aspectos relacionados con su vida, de una forma integral; la cual consta de tres funciones primordiales como: **Informar, Educar y Motivar**. Con el fin de lograr la toma de decisiones positivas y responsables sobre su estado de Salud.

Además de facilitar a las /os adolescentes a tomar sus propias decisiones, a través de un proceso de análisis de sus propias representaciones sociales y alternativas de acción que contribuyen al mejoramiento de su estado de salud.

[47]

La consejería en enfermería se trata de un solo tema en específico de la patología que atraviesa la paciente la cual es motivo de consulta. [47]

### Con la consejería se quiere lograr

-  Satisfacción en la atención
-  Calidad en la atención
-  Responder a las necesidades del usuario
-  Promover la responsabilidad de la toma de decisiones

## **CAPITULO 3: MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1. Nivel de Investigación o Tipo de estudio**

Para el presente estudio la metodología a utilizar es de tipo descriptivo analítico y bibliográfico.

### **3.2. Diseño**

No experimental, retrospectivo

### **3.3 Población y Muestra**

Este proyecto de investigación se realizó con 30 madres gestantes adolescentes del Hospital Básico San Miguel como la población es pequeña se trabajó con el universo total.

### **3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos**

La técnica a realizar son encuestas y el instrumento es un cuestionario de preguntas con alternativas de selección, dirigido a las embarazadas adolescentes, también se tomaron datos de los expedientes clínicos de las usuarias que acuden al Hospital Básico San Miguel.

### **3.5. Técnicas de Procedimientos y Análisis de Datos**

Método Descriptivo

Se determinara el conocimiento del auto cuidado, describe los factores de riesgo para las infecciones de vías urinarias en las adolescentes gestantes que acuden al Hospital Básico San Miguel.

Utilizamos las historias clínicas y las estadísticas del Hospital Básico San Miguel, las cuales fueron elaboradas por los profesionales médicos y obstetricas, en ellas encontramos los datos de interés para la realización de este estudio.



## **CAPITULO 4: RESULTADOS O LOGROS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS**

### **4.1. Resultados según Objetivo 1**

- ✓ Describir los factores de riesgo que interviene en el incremento de infecciones de vías urinarias en gestantes adolescentes en el área objeto de estudio.

**Resultado:** Se describe los factores de riesgo que intervienen en el incremento de Infección de vías urinarias en gestantes adolescentes mediante encuesta aplicada y revisión de historias clínicas.

- ✚ Edad de las embarazadas adolescentes 6,7% cuyas edades fluctúan entre 13 a 19 años
- ✚ No acuden a controles prenatales el 53,3% de gestantes tiene cero controles prenatales
- ✚ Antecedentes familiares el 3,3% de las madres de las gestantes en estudio también presentaron infección de Vías urinarias en embarazos anteriores
- ✚ Higiene personal no adecuada el 6,7% afirma que repercute este factor para el incremento de infección de Vías urinarias.
- ✚ Actividad sexual durante la Gestación el 20% mantiene vida sexual activa, lo que coadyuva al incremento de infección de vías urinarias.

### **4.2. Resultados según Objetivo 2**

- ✓ Identificar el trimestre de gestación que se presenta con más frecuencia la Infección de Vías Urinarias en la población investigada.

**Resultado:** Se identifica al segundo trimestre de gestación como periodo de riesgo para la presencia de Infección de vías urinarias, lo que coincide con el crecimiento uterino que hace ligera presión sobre la vejiga.

Existe disminución del tono vesical lo q se asocia a un aumento de volumen urinario en la vejiga es decir un aumento de la capacidad vesical y disminución de su vaciamiento.

### **4.3. Resultados según Objetivo 3**

- ✓ Verificar la recepción de consejería sobre prevención de Infecciones de Vías Urinarias y sus complicaciones durante la gestación de las adolescentes.

**Resultado:** Se verifica mediante el presente estudio de investigación la recepción de consejería sobre prevención de Infecciones de Vías Urinarias y sus Complicaciones durante la gestación, esta información se obtuvo bajo la revisión de las historias clínicas de las gestantes en estudio.

#### **4.4. Resultados según Objetivo 4**

- ✓ Describir el rol de Enfermería para el manejo de infecciones de vías Urinarias mediante el modelo de Dorothea Orem.

**Resultado:** Se logra describir el rol de Enfermería para el manejo de vías urinarias mediante el modelo de Dorothea Orem que está orientada al autocuidado, con la finalidad de adquirir y desarrollar actividades que contribuyan a su salud.

La enfermera actúa cuando el individuo durante el proceso salud Enfermedad, por cualquier razón, el autocuidado que se plantea coincide con los métodos de asistencia de enfermería que Dorothea Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- 1.- Actuar en lugar de la persona, aplica al caso de la Gestantes con Infección de vías Urinarias.
- 2.- Ayudar u orientar a la persona ayudada, método indispensable para ejecutar consejería y educación continua para las recomendaciones sanitarias a las adolescentes embarazadas.
- 3.- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Óptimo para aplicar el tratamiento médico y la asistencia de enfermería con enfoque transdisciplinario y de trabajo equipo.
- 4.- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de prevención.
- 5.- Enseñar a la persona que se ayuda; la educación continua a las embarazadas adolescentes con Infección de Vías Urinarias por ejemplo en aplicación de medidas higiénicas como medida preventiva tendiente a reducir el incremento de infección de vías urinarias.

## RESULTADOS Y ANÁLISIS

Tabla N 1

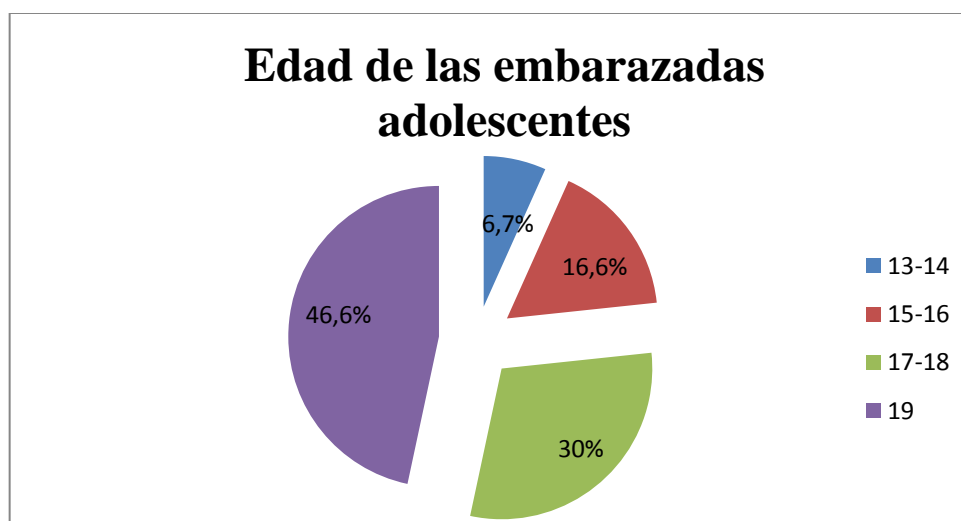
Frecuencia de edad de las embarazadas adolescentes que asisten al Hospital Básico San Miguel, durante el periodo Febrero – Septiembre del 2015.

Edad	Número	%
13-14	2	6,7%
15-16	5	16,7%
17-18	9	30%
19	14	46,6%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Elaborado por:** Susana Alarcón y Katerin Ibarra

**Fuente:** Encuesta realizadas a las adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecología del Hospital Básico San Miguel.

Grafico N 1



**Análisis:** Se observa que el 46,6% son embarazadas de 19 años de edad, a diferencia del 6,7% que son embarazadas de 13-14 años de edad. En conclusión la edad que es mayoritaria en atención son las embarazadas de 19 años.

**Tabla N 2**

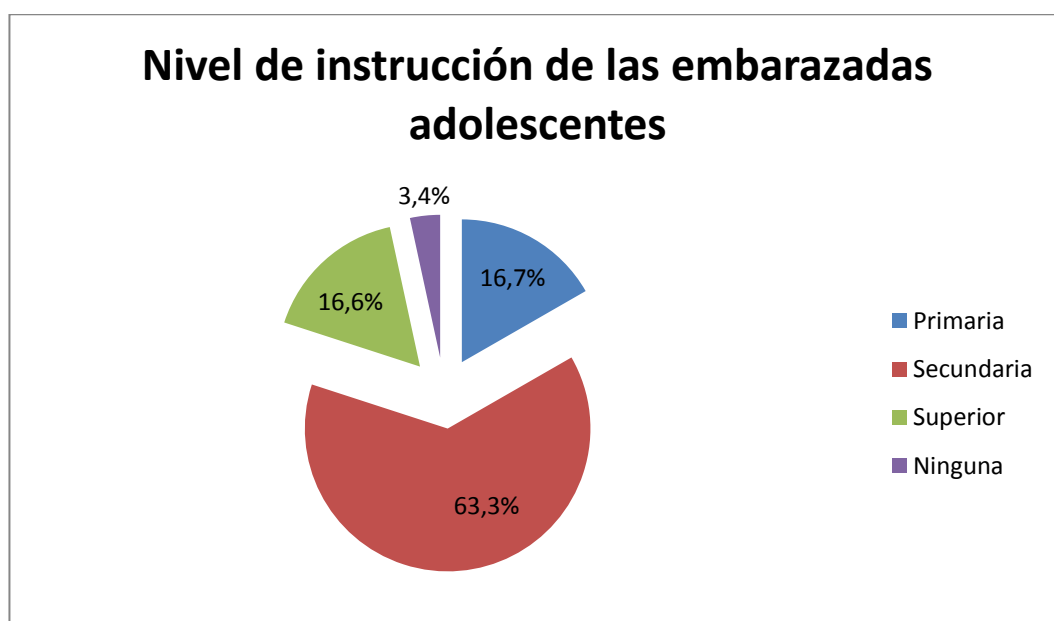
**Nivel de instrucción de las embarazadas adolescentes que asisten al Hospital Básico San Miguel, durante el periodo Febrero – Septiembre del 2015**

Instrucción	Número	%
Primaria	5	16,7%
Secundaria	19	63,3%
Superior	5	16,7%
Ninguna	1	3,4%
Total	30	100%

**Elaborado por:** Susana Alarcón y Katerin Ibarra

**Fuente:** Encuesta realizadas a las adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecología del Hospital Básico San Miguel

**Grafico N 2**



**Análisis:** Se observa que el 63,3 % son embarazadas que tienen su instrucción Secundaria, a diferencia del 3,4% que no tiene ningún grado de instrucción. En conclusión la instrucción mayoritaria es la Secundaria.

**Tabla N 3**

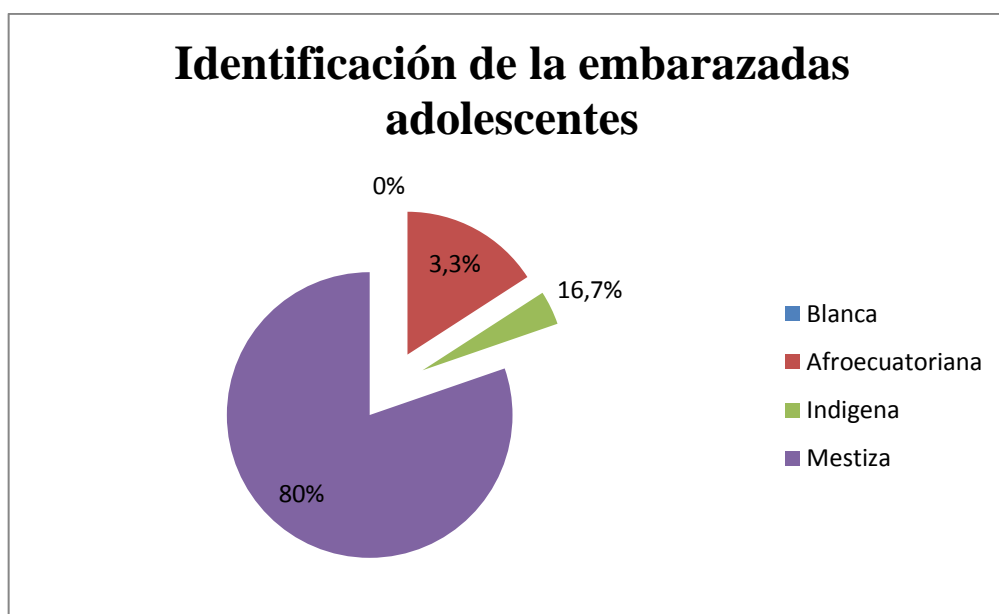
**Identificación étnica de las embarazadas adolescentes que asisten al Hospital Básico San Miguel, durante el periodo Febrero – Septiembre del 2015.**

Raza	Número	%
Blanca	0	0%
Afro ecuatoriana	1	3,3%
Mestiza	24	80%
Indígena	5	16,7%
Total	30	100%

**Elaborado por:** Susana Alarcón y Katerin Ibarra

**Fuente:** Encuesta realizadas a las adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecología del Hospital Básico San Miguel

**Grafico N 3**



**Análisis:** Se observa que el 80% de las adolescentes embarazadas son mestizas, a diferencia del 0% que pertenece a la raza blanca. En conclusión la raza mayoritaria es la Mestiza.

**Tabla N 4**

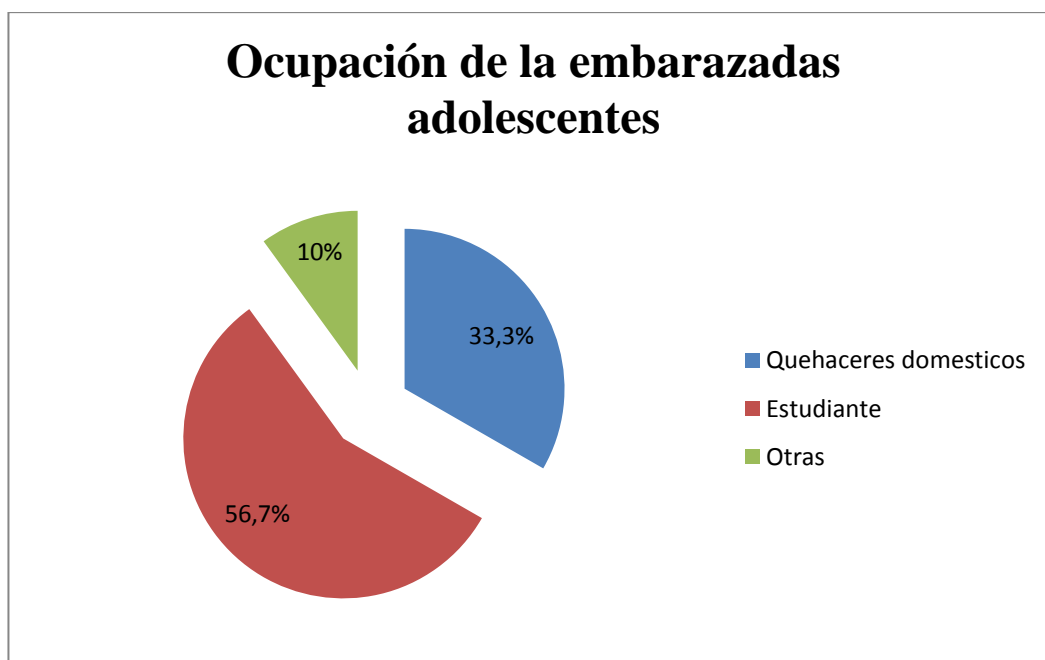
**Ocupación de las embarazadas adolescentes que asisten al Hospital Básico San Miguel, durante el periodo Febrero – Septiembre del 2015.**

Ocupación	Número	%
Quehaceres domésticos	10	33,3%
Estudiante	17	56,7%
Otras	3	10%
Total	30	100%

**Elaborado por:** Susana Alarcón y Katerin Ibarra

**Fuente:** Encuesta realizadas a las adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecología del Hospital Básico San Miguel

**Grafico N 4**



**Análisis:** Se observa que el 56,7% de las adolescentes embarazadas se encuentran estudiando, a diferencia del 10% que realizan otras actividades. En conclusión las Gestantes son mayoritaria estudiantes.

**Tabla N 5**

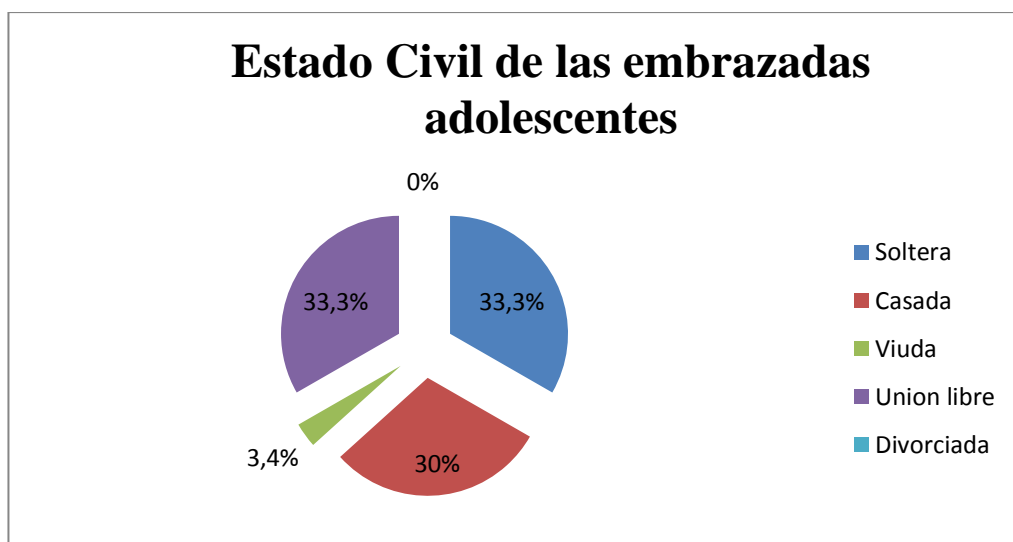
**Estado civil de las embarazadas adolescentes que asisten al Hospital Básico San Miguel, durante el periodo Febrero – Septiembre del 2015.**

Estado civil	Número	%
Soltera	10	33,3%
Casada	9	30%
Viuda	1	3,4%
Unión libre	10	33,3%
Divorciada	0	0%
Total	30	100%

**Elaborado por:** Susana Alarcón y Katerin Ibarra

**Fuente:** Encuesta realizadas a las adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecología del Hospital Básico San Miguel.

**Grafico N 5**



**Análisis:** Se observa que el 33,3% de las adolescentes embarazadas son solteras y el mismo porcentaje tiene Unión libre, a diferencia del 0% que realizan a divorciadas. En conclusión las Gestantes son mayoritaria soltera y Unión libre.

**Tabla N 6**

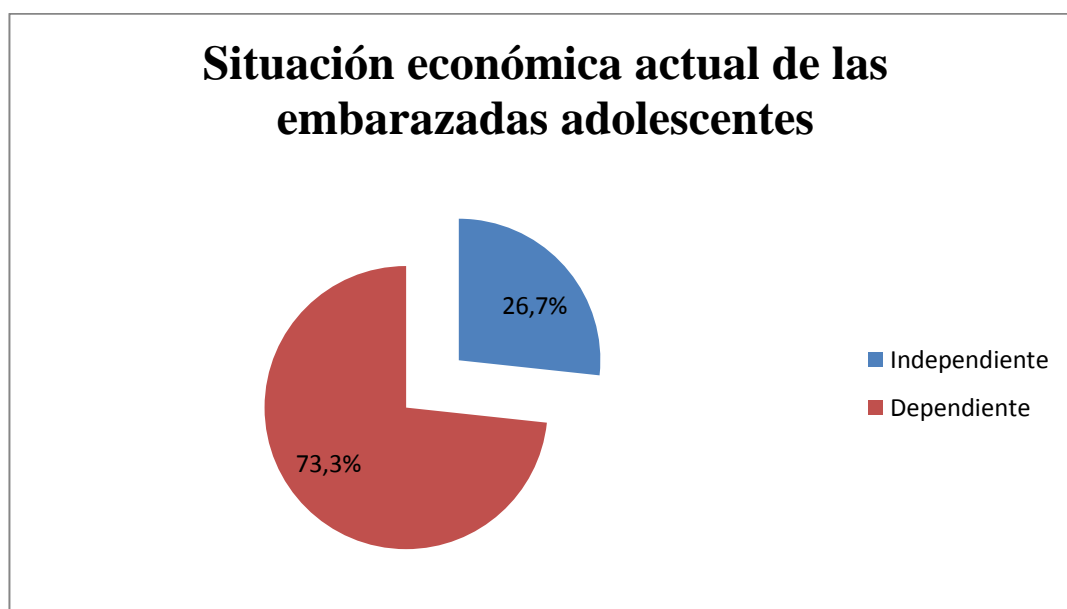
**Situación económica actual de las embarazadas adolescentes que asisten al Hospital Básico San Miguel, durante el periodo Febrero – Septiembre del 2015.**

<b>Situación económica</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Independiente	8	26,7%
Dependiente	22	73,3%
Total	30	100%

**Elaborado por:** Susana Alarcón y Katerin Ibarra

**Fuente:** Encuesta realizadas a las adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecología del Hospital Básico San Miguel.

**Grafico N 6**



**Análisis:** Se observa que el 73,3% de las adolescentes embarazadas su situación económica es Dependiente y el 26,6% es Independiente. En conclusión las Gestantes son mayoritariamente de situación económica Dependiente.



**Tabla N 7**

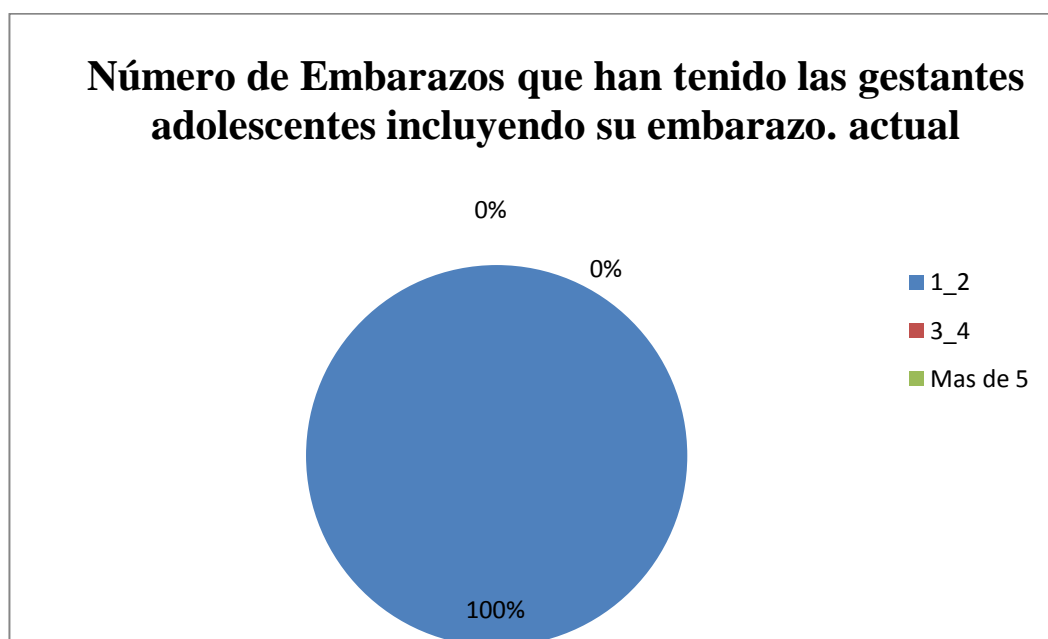
**Número de Embarazos que han tenido las gestantes adolescentes incluyendo su embarazo actual, durante el periodo Febrero – Septiembre del 2015.**

<b>Número de embarazos ha tenido incluyendo el actual</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
1-2	30	100%
3-4	0	0%
Más de 5	0	0%
Total	30	100%

**Elaborado por:** Susana Alarcón y Katerin Ibarra

**Fuente:** Encuesta realizadas a las adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecología del Hospital Básico San Miguel.

**Grafico N 7**



**Análisis:** Se observa que el 100% de las adolescentes embarazadas han tenido de 1-2 embarazos. En conclusión las Gestantes mayoritaria han tenido 1-2 embarazos.

**Tabla N 8**

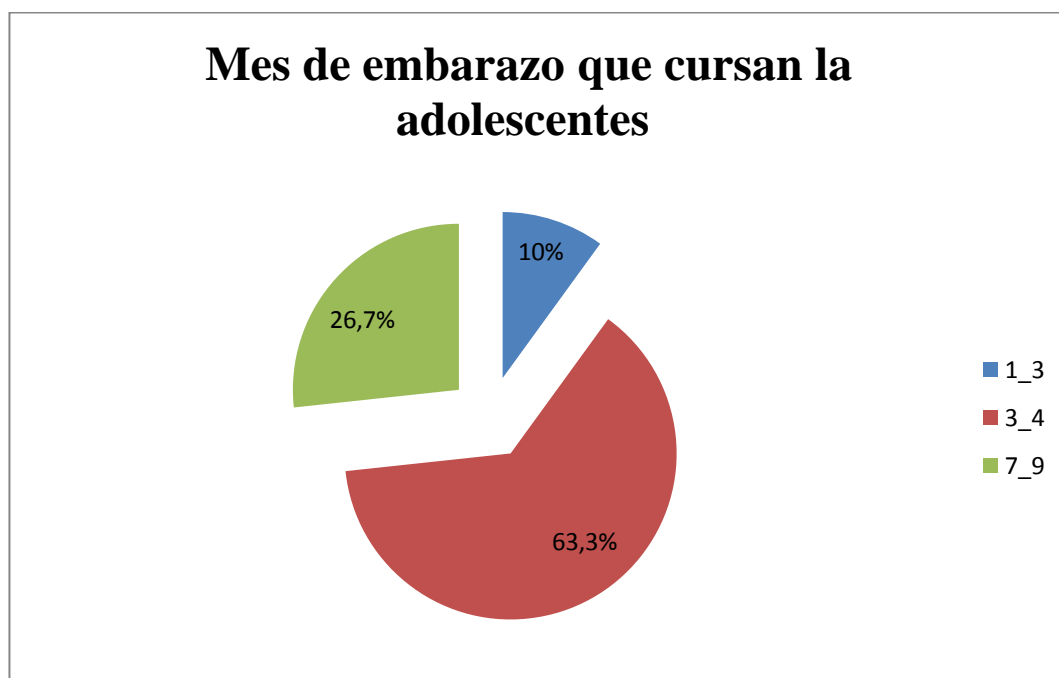
**Mes de embarazo cursan las embarazadas adolescentes que asisten al Hospital Básico San Miguel, durante el periodo Febrero – Septiembre del 2015.**

Mes de embarazo	Número	%
1-3	3	10%
4-6	19	63,3%
7-9	8	26,7%
Total	30	100%

**Elaborado por:** Susana Alarcón y Katerin Ibarra

**Fuente:** Encuesta realizadas a las adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecología del Hospital Básico San Miguel.

**Grafico N 8**



**Análisis:** Se observa que el 63,3% de las adolescentes embarazadas tienen de 3-4 meses de Gestación y el 10% 1-3 meses. En conclusión las Gestantes mayoritaria se encuentran en 4-3 meses de Gestación.

**Tabla N 9**

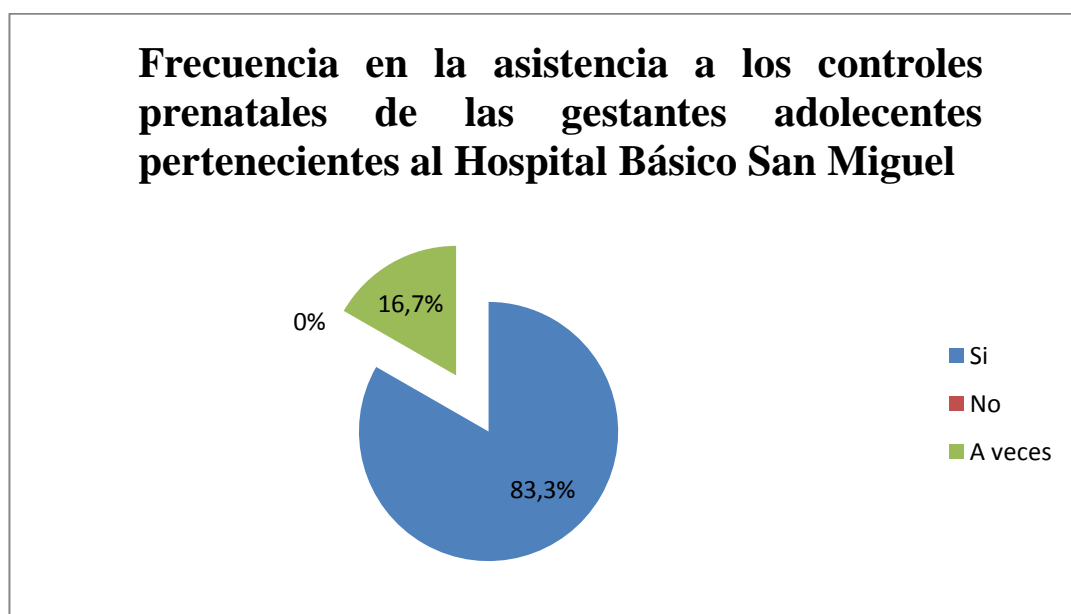
**Frecuencia en la asistencia a los controles prenatales de las gestantes adolescentes pertenecientes al Hospital Básico San Miguel, durante el periodo Febrero – Septiembre del 2015.**

<b>Acude mensualmente a controles prenatales</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Si	25	83,3%
No	0	0%
A veces	5	16,7%
Total	30	100%

**Elaborado por:** Susana Alarcón y Katerin Ibarra

**Fuente:** Encuesta realizadas a las adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecología del Hospital Básico San Miguel.

**Grafico N 9**



**Análisis:** Se observa que el 83,3% de las adolescentes embarazadas si acuden mensualmente a los controles prenatales y el 16,7% no asisten mensualmente. En conclusión las Gestantes mayoritaria si asisten mensualmente a los controles prenatales.

**Tabla N 10**

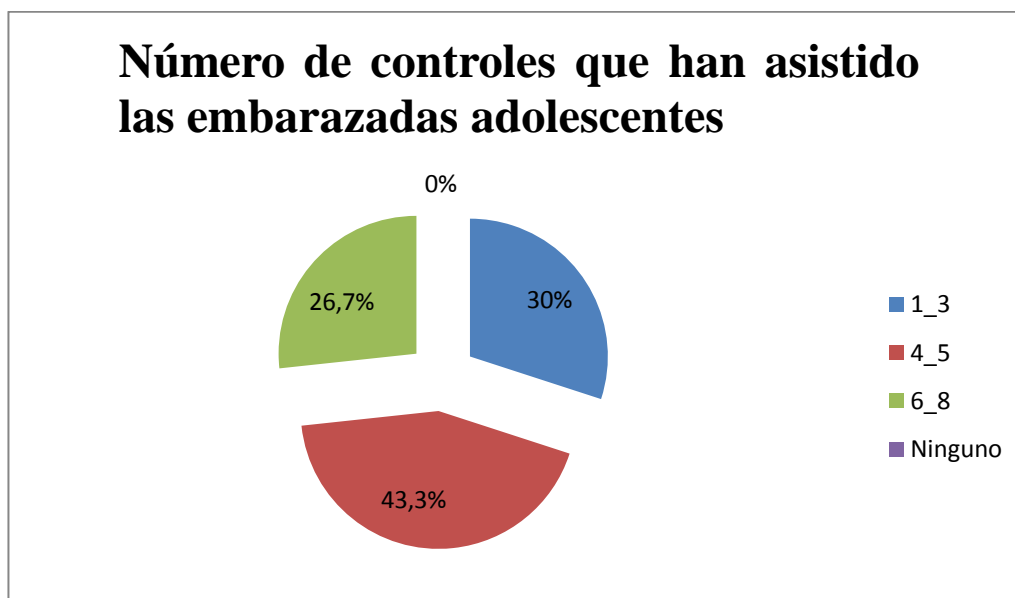
**Número de controles que han asistido las embarazadas adolescentes que acuden al Hospital Básico San Miguel, durante el periodo Febrero – Septiembre del 2015.**

Número de controles de embarazo	Número	%
1-3	9	30%
4-5	13	43,3%
6-8	8	26,7%
Ninguno	0	0%
Total	30	100%

**Elaborado por:** Susana Alarcón y Katerin Ibarra

**Fuente:** Encuesta realizadas a las adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecología del Hospital Básico San Miguel.

**Grafico N 10**



**Análisis:** Se observa que el 43,3% de las adolescentes embarazadas ha asistido de 4-5 controles y el 26,7% de 6-8 controles. En conclusión las Gestantes mayoritariamente han tenido 4-5 controles.

**Tabla N 11**

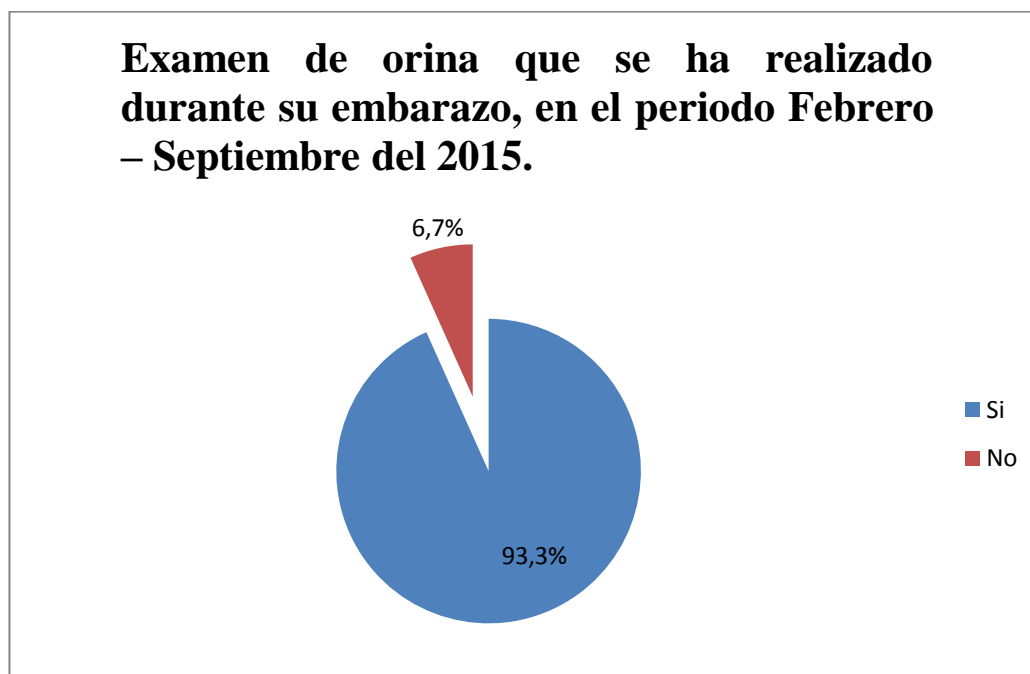
**Examen de orina que se ha realizado durante su embarazo, en el periodo Febrero – Septiembre del 2015.**

<b>Examen de orina en el embarazo</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Si	28	93,3%
No	2	6,7%
Total	30	100%

**Elaborado por:** Susana Alarcón y Katerin Ibarra

**Fuente:** Encuesta realizadas a las adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecología del Hospital Básico San Miguel.

**Grafico N 11**



**Análisis:** Se observa que el 93,3% de las adolescentes embarazadas si se han realizado el examen de orina y el 6,7% no se ha realizado el examen de orina. En conclusión las Gestantes mayoritariamente si se han realizado examen de orina.

**Tabla N 12**

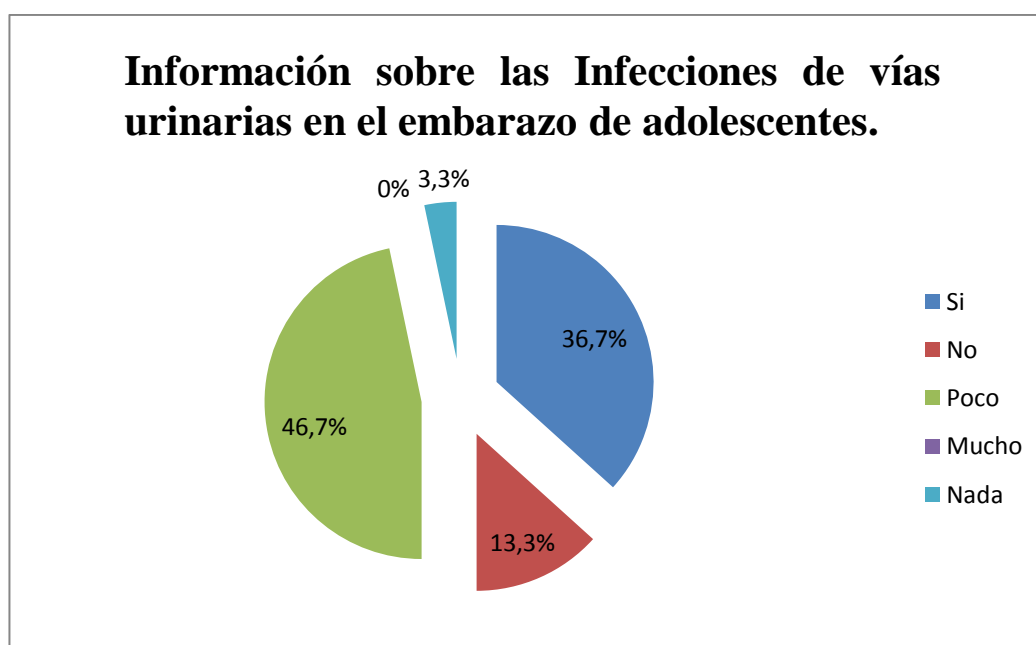
**Información sobre las Infecciones de vías urinarias en el embarazo de adolescentes, durante el periodo Febrero – Septiembre del 2015.**

Conoce sobre IVU	Número	%
Si	11	36,7%
No	4	13,3%
Poco	14	46,7%
Mucho	0	0%
Nada	1	3,3%
Total	30	100%

**Elaborado por:** Susana Alarcón y Katerin Ibarra

**Fuente:** Encuesta realizadas a las adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecología del Hospital Básico San Miguel.

**Grafico N 12**



**Análisis:** Se observa que el 46,7% de las adolescentes embarazadas si conocen sobre Infección de vías Urinarias y el 13,3% no conocen sobre Infección de vías Urinarias En conclusión las Gestantes mayoritariamente si conocen poco acerca de Infección de vías Urinarias.

**Tabla N 13**

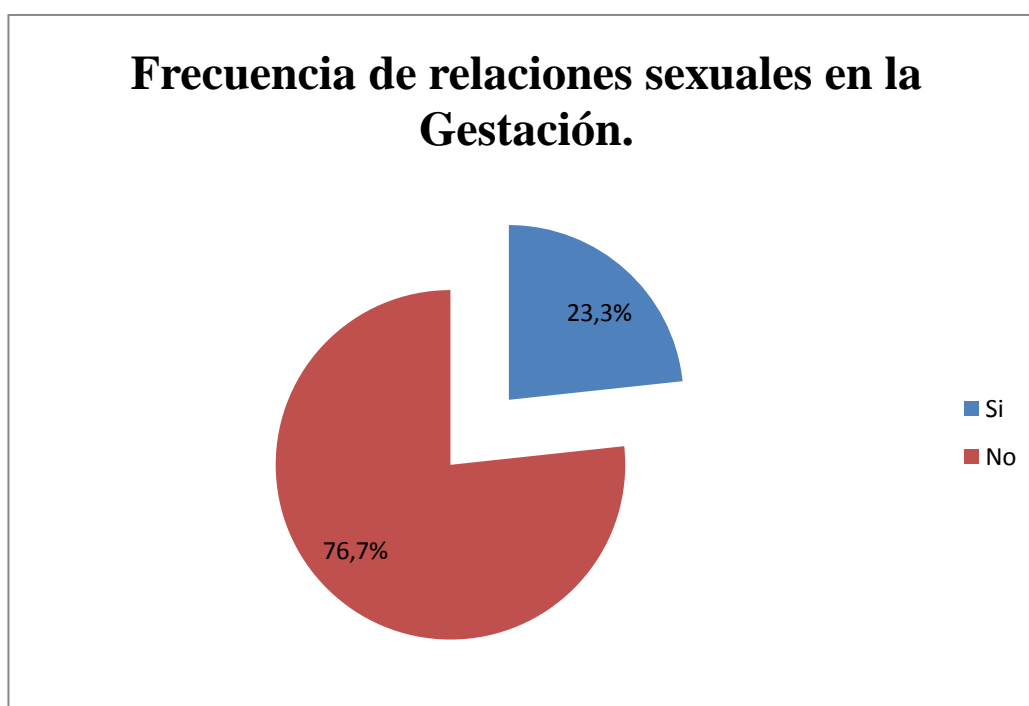
**Frecuencia de relaciones sexuales en la Gestación, durante el periodo Febrero – Septiembre del 2015.**

<b>Relaciones sexuales durante el embarazo</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Si	7	23,3%
No	23	76,7
Total	30	100%

**Elaborado por:** Susana Alarcón y Katerin Ibarra

**Fuente:** Encuesta realizadas a las adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecología del Hospital Básico San Miguel.

**Grafico N 13**



**Análisis:** Se observa que el 76,7% de las adolescentes embarazadas no mantienen relaciones sexuales durante la Gestación y el 23,3% si lo hace. En conclusión las Gestantes mayoritariamente no tiene relaciones sexuales durante el embarazo.

**Tabla N 14**

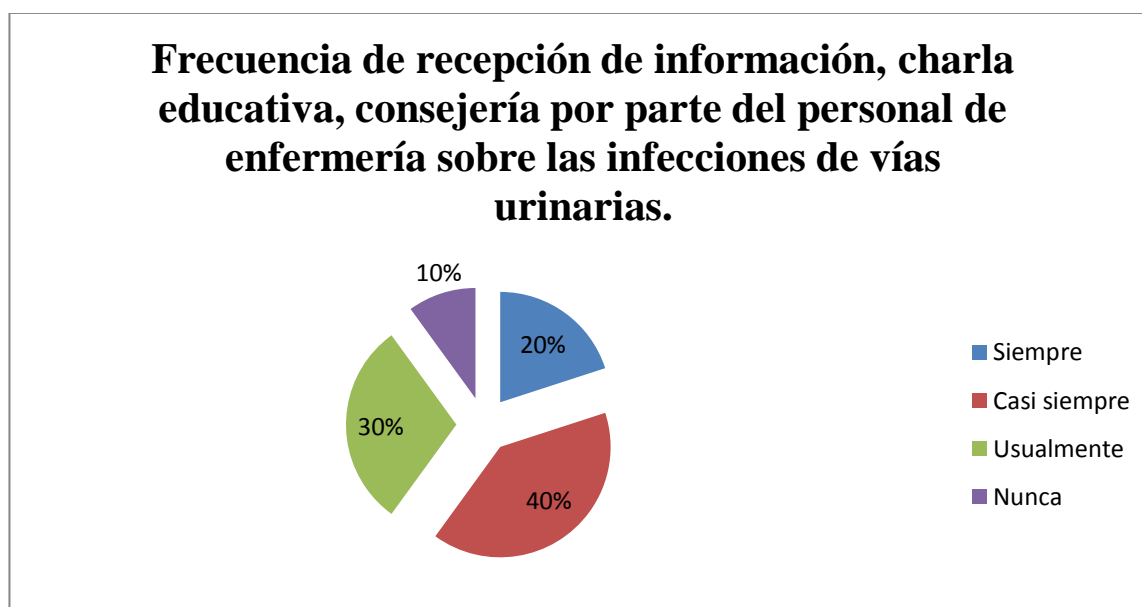
**Frecuencia de recepción de información, charla educativa, consejería por parte del personal de enfermería sobre las infecciones de vías urinarias, durante el periodo Febrero – Septiembre del 2015.**

<b>Información,charla,consejería por parte del personal de enfermería sobre IVU</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Siempre	6	20%
Casi siempre	12	40%
Usualmente	9	30%
Nunca	3	10%
Total	30	100%

**Elaborado por:** Susana Alarcón y Katerin Ibarra

**Fuente:** Encuesta realizadas a las adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecología del Hospital Básico San Miguel.

**Gráfico N 14**



**Análisis:** Se observa que el 40% de las adolescentes embarazadas si ha recibido información, charla, consejería por parte del personal de Enfermería y el 10% Nunca han recibido ningún tipo de información.



**Tabla N 15**

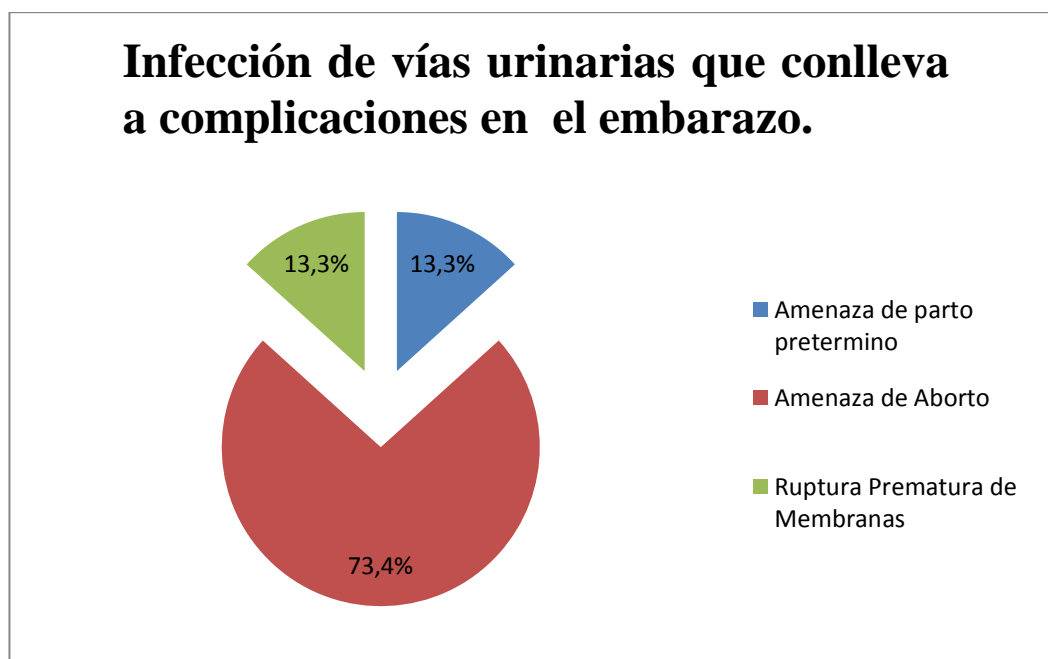
**Infección de vías urinarias que conlleva a complicaciones en el embarazo, durante el periodo Febrero – Septiembre del 2015.**

<b>Las IVU conllevan a complicaciones como</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Amenaza de parto pretermino	4	13,3%
Amenaza de aborto	22	73,4%
Ruptura prematura de membranas	4	13,3%
Total	30	100%

**Elaborado por:** Susana Alarcón y Katerin Ibarra

**Fuente:** Encuesta realizadas a las adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecología del Hospital Básico San Miguel.

**Grafico N 15**



**Análisis:** Se observa que el 73,4% de las adolescentes embarazadas conocen que la IVU conlleva a Amenaza de Aborto mientras que el 13,3% dicen Amenaza de parto pretermino, Ruptura Prematura de Membranas.

**Tabla N 16**

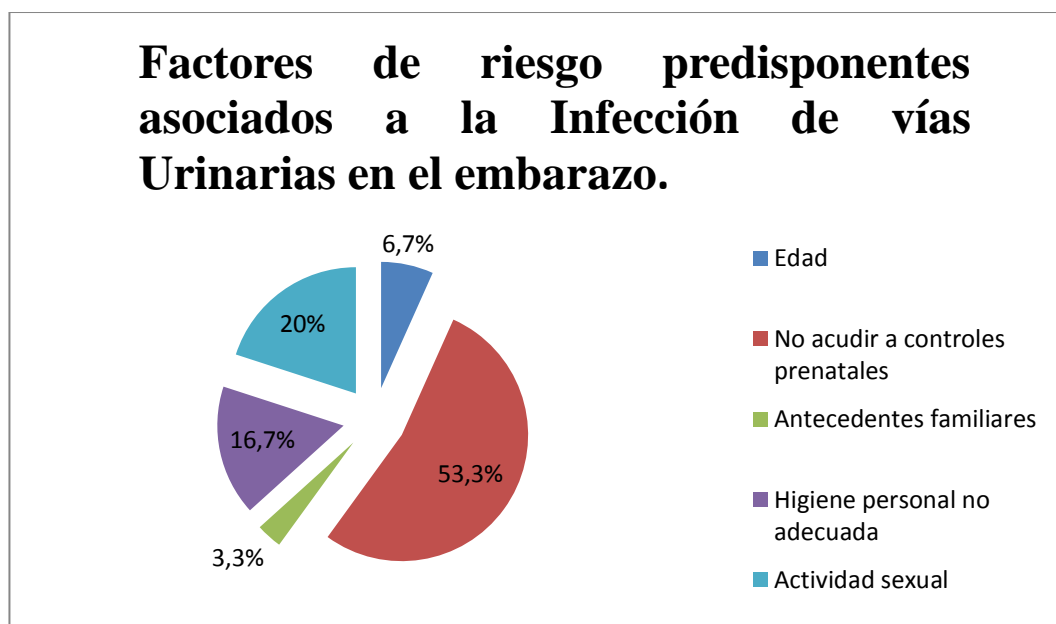
**Factores de riesgo predisponentes asociados a la Infección de vías Urinarias en el embarazo, durante el periodo Febrero – Septiembre del 2015.**

<b>Factores de riesgo predisponentes de IVU</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Edad	2	6,7%
No acudir a controles prenatales	16	53,3%
Antecedentes familiares	1	3,3%
Higiene personal no adecuada	5	16,7%
Actividad sexual	6	20%
Total	30	100%

**Elaborado por:** Susana Alarcón y Katerin Ibarra

**Fuente:** Encuesta realizadas a las adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecología del Hospital Básico San Miguel.

**Grafico N 16**



**Análisis:** Se observa que el 53,3% de las adolescentes embarazadas dicen que no acudir a los controles es un factor de riesgo para IVU y el 3,3% corresponde a antecedentes familiares.

**Tabla N 17**

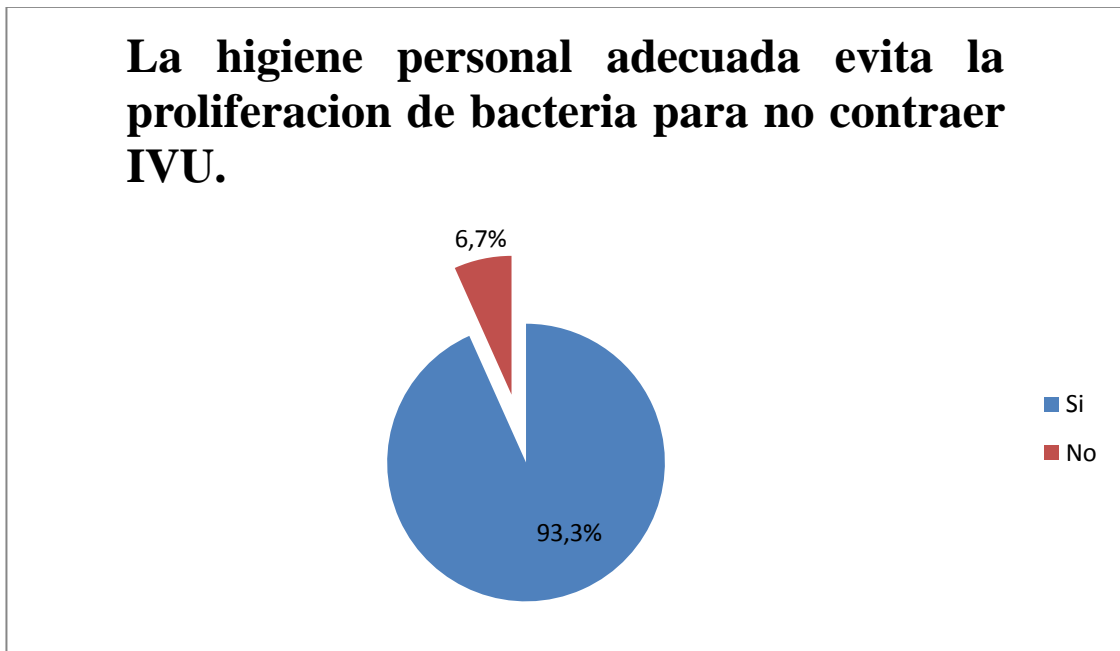
**La higiene personal adecuada evita la proliferación de Bacterias para no contraer Infección de Vías Urinarias, durante el periodo Febrero – Septiembre del 2015.**

<b>Higiene personal adecuada evita IVU</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
SI	28	93,3%
NO	2	6,7%
Total	30	100%

**Elaborado por:** Susana Alarcón y Katerin Ibarra

**Fuente:** Encuesta realizadas a las adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecología del Hospital Básico San Miguel.

**Grafico N 17**



**Análisis:** Se observa que el 93,3% de las adolescentes embarazadas consideran que la higiene personal si ayuda a evitar las IVU y el 6,7% no piensa de la misma manera.

**Tabla N 18**

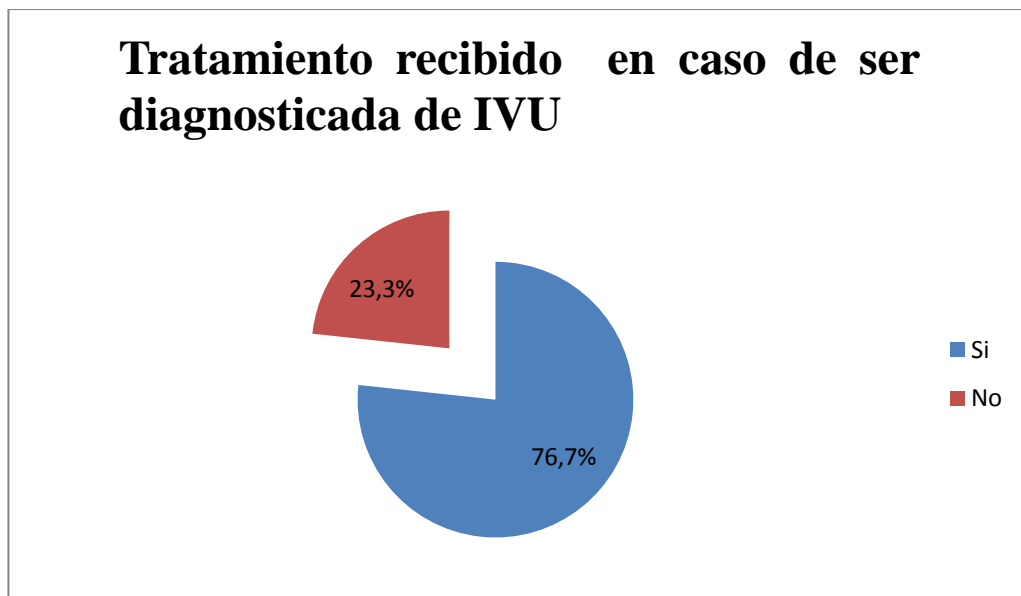
**Tratamiento recibido en caso de ser diagnosticada de infecciones de vías urinarias, durante el periodo Febrero – Septiembre del 2015.**

<b>Recibió tratamiento en caso de IVU</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
SI	23	76,7%
NO	7	23,3%
Total	30	100%

**Elaborado por:** Susana Alarcón y Katerin Ibarra

**Fuente:** Encuesta realizadas a las adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecología del Hospital Básico San Miguel.

**Grafico N 18**



**Análisis:** Se observa que el 76,7% de las adolescentes embarazadas si ha recibido tratamiento para IVU mientras que el 23,3% no ha recibido el tratamiento.

## CAPITULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1 Conclusiones

- ✚ La elaboración de este proyecto de investigación es de mucha importancia porque nos permite tener más conocimiento sobre la patología y así de esta forma dar atención oportuna al usuario y satisfacer sus necesidades en forma holística.
- ✚ En las gestantes adolescentes se pudo comprobar mediante la encuesta que el mayor porcentaje de ellas presentan infección de vías urinarias cuando cursan el segundo trimestre del embarazo ya que existe una disminución del tono vesical lo q se asocia a un aumento de volumen urinario en la vejiga
- ✚ La infección de vías urinarias durante el embarazo es una condición que causa morbimortalidad significativa en la población de las mujeres embarazadas que no llevan un control prenatal adecuado y por lo cual no reciben una consejería adecuada sobre las infecciones de vías urinarias y sus complicaciones a presentarse por ende es conveniente desarrollar acciones tendientes a su prevención, como parte del manejo prenatal adecuado.
- ✚ Al detectarse infección de vías urinarias durante la consulta prenatal debe ser tratada para prevenir una complicación como pielonefritis y disminuir la incidencia de morbimortalidad del binomio materno- fetal.
- ✚ Sabiendo que es una de las complicaciones que provoca las infecciones urinarias es el parto prematuro se instaurará el tratamiento oportuno y adecuado con productos farmacéuticos, asistencia de enfermería y autocuidado tendientes a mitigar el riesgo de la salud al binomio materno-fetal.

- ✚ Los factores de riesgo en Infección de vías urinarias en Gestantes adolescente son: la edad de la embarazada, no acudir a controles prenatales, antecedentes familiares, higiene personal no adecuada, y actividad sexual durante la gestación, entre otros se debe dar a conocer con la finalidad de evitar complicaciones en el transcurso de su embarazo y parto.

### **5.3. Recomendaciones**

- ✚ Se recomienda al personal de enfermería y a quienes hacen Jefatura en el servicio de Enfermería incentivar al personal profesional de enfermería para que continuamente se ejecuten programas educativos dirigidos a los usuarios internos y externos que acuden al Hospital.
- ✚ Enfermería y su equipo de trabajo deben concienciar que dentro de su programa de Educación para la salud la prevención es un factor primordial para evitar las enfermedades, de manera especial a las embarazadas.
- ✚ Incentivar a las Gestantes adolescentes y demás usuarios a participar en la intervención educativa y la consejería profesional como mejor herramienta para prevenir complicaciones a futuro de la madre y el feto.
- ✚ Motivar a las gestantes de manera continua sobre el autocuidado para que puedan desarrollar actividades en beneficio de su propia salud y bienestar.
- ✚ La Unidad Operativa del Ministerio de Salud Pública debe realizar continuamente visitas domiciliarias a la paciente para conocer mejor su situación biopsicosocial, su estado de salud y tratar a tiempo cualquier complicación presente en la paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Concepto de adolescencia recuperado de [www.sld.cu/galerias/pdf/.../capitulo\\_i\\_el\\_concepto\\_de\\_adolescencia.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/.../capitulo_i_el_concepto_de_adolescencia.pdf)
2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2009), Infección de Vías Urinarias. Protocolos de Atención Integral a Adolescentes. 87-92p.
3. Pesantes Castro, A. (Guayaquil 2013) Incidencia de las infecciones de vías urinarias en las adolescentes embarazadas de 16-17 años realizado en el Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Procel” Recuperado de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1866/1/tesisandrea.pdf>
4. Misión de la carrera de enfermería Recuperado de <http://www.ueb.edu.ec/index.php/enfermeria>
5. Carmona MJ, Alonso MF. (2008) “Bacteriuria asintomática en la consulta de atención primaria”. IT del Sistema Nacional de Salud. Volumen 32, N° 2-2008. Inf Ter SistNac Salud; 32: 45 -5.
6. Trelles. & Valdez, X. (Cuenca Septiembre 2011)Factores predisponentes de embarazo en adolescentes del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3484/1/MED82.pdf>
7. Ministerio de Salud Publica del Ecuador (Quito 2013) INFECCION DE VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO Guia de Practica Clinica Recuperado de [http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia\\_infeccion\\_v\\_u.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_infeccion_v_u.pdf)
8. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia. (2009). Págs. 8 – 10.
9. J. Botero & G. Henao (2008) Infección de vías urinarias en el embarazo Obstetricia y Ginecología octava edición.
10. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia. (2009). Págs. 8 - 10.
11. Constitución Política del Ecuador (2008) Recuperado de [http://cancilleria.gob.ec/wpcontent/uploads/2013/06/constitucion\\_2008.pdf](http://cancilleria.gob.ec/wpcontent/uploads/2013/06/constitucion_2008.pdf)
12. Dr. Montell, O.& Dr. Vidal, A. (2008) Infección de vías urinarias revista Médica electrónica Recuperado de

[http://www.revmatanzas.sld.cu/revistamedica/año\(2008\)/vol3\(2008\)/tema.html](http://www.revmatanzas.sld.cu/revistamedica/año(2008)/vol3(2008)/tema.html)

13. Constitución Política del Ecuador (2008) Recuperado de [http://cancilleria.gob.ec/wpcontent/uploads/2013/06/constitucion\\_2008.pdf](http://cancilleria.gob.ec/wpcontent/uploads/2013/06/constitucion_2008.pdf)
14. La Adolescencia Recuperado de <http://www.salud180.com/salud-z/adolescencia>
15. Etapas de la adolescencia.( 7 Marzo del 2013)<http://adolescenciacue6.blogspot.com/2013/03/la-adolescencia-se-divide-en-tres.html>
16. Latarjet Michael,Ruiz Liard Alfredo, (2004),.Anatomía Humana Volumen 2. Ed. Médica Panamericana. pág. 115.
17. Gennaro Alfonso R. (DRT). Remington: Farmacia. Ed. Médica Panamericana. Pág.56
18. SCHWARCZ – SALA. Obstetricia. Pág.326
19. Pesantes Castro, A. (Guayaquil 2013) Incidencia de las infecciones de vías urinarias en las adolescentes embarazadas de 16-17 años realizado en el Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Procel” Recuperado de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1866/1/tesis/andrea.pdf>
20. García M. (2010), Infección de vías urinarias en mujeres embarazadas; Sociedad de Obstetricia y Ginecología del Uruguay.
21. Cárdenas A, Figueroa M, Domínguez B, Guzmán L & Ayorro C. (2005), Guía para el tratamiento de las Infecciones de Vías Urinarias en embarazadas.
22. Bacteriuria asintomática. (Enero 2008) Recuperado de <http://www.maternofetal.net/6bacteriuria.html>
23. Infecciones en el embarazo Recuperado de <http://www.netmoms.es/revista/embarazo/infecciones-en-el-embarazo/cistitis-en-el-embarazo>
24. SCHWARCZ-SALA. Obstetricia. Pág. 328
25. Infecciones del riñón durante el embarazo revisado por la Dra. Nevares ,F Recuperado de<http://spanol.babycenter.com/a900790/infeccion-en-los-riñones-pielonefritis-durante-el-embarazo>



26. Infección de vías urinarias Recuperado de <http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/itu.html>
27. Filippi J, Medina A. (2004). Detección y tratamiento de la bacteriuria asintomática en el embarazo. Hospital Materno Infantil “Reina Sofía” Cruz Roja Paraguaya. Asunción – Paraguay. Revista Instituto Medico “Sucre” LXIX.- 124 (19 – 29).
28. Cabero Roura Luis, Saldivar Donato, Cabrillo Rodríguez Eduardo. (2007). Obstetricia Y Medicina Materno-Fetal. Ed. Médica Panamericana. pág. 829
29. Izquierdo Lara,S(Guayaquil Febrero2014)Intervención de Enfermería en Gestantes de 15a19 años con Infección de vías urinarias que acuden al centro de adolescentes en el Hospital Cantonal de Daule Recuperado de <http://repositorio.ucsg.edu.ec:8080/bitstream/123456789/2993/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-93.pdf>
30. Dra. Alvares, G. Dr. Cruz, J. Dr. Garau, A. & Dra. Lens, V.(Marzo 2006) Infección urinaria y embarazo, diagnóstico y terapéutica Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina N° 155 Pág. 20-23 Recuperado de [http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista155/6\\_155.htm](http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista155/6_155.htm)
31. Dra. Alvares, G. Dr. Cruz, J. Dr. Garau, A. & Dra. Lens, V.(Marzo 2006) Infección urinaria y embarazo, diagnóstico y terapéutica Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina N° 155 Pág. 20-23 Recuperado de [http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista155/6\\_155.htm](http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista155/6_155.htm)
32. Conducta terapéutica Recuperado de <http://www.repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/2554/1/TESIS.pdf>
33. Izquierdo Lara,S(Guayaquil Febrero2014)Intervención de Enfermería en Gestantes de 15a19 años con Infección de vías urinarias que acuden al centro de adolescentes en el Hospital Cantonal de Daule Recuperado de <http://repositorio.ucsg.edu.ec:8080/bitstream/123456789/2993/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-93.pdf>
34. Izquierdo Lara,S(Guayaquil Febrero2014)Intervención de Enfermería en Gestantes de 15a19 años con Infección de vías urinarias que acuden al centro de adolescentes en el Hospital Cantonal de Daule Recuperado de <http://repositorio.ucsg.edu.ec:8080/bitstream/123456789/2993/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-93.pdf>

35. ABRIL, S. (2009) Complicaciones del Embarazo en Adolescentes Gestantes. Tesis doctoral Previa a la obtención del Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia. Medellín. 18-26p
36. BAEZA, B. [et al]. Identificación de Factores de Riesgo y Factores Protectores del Embarazo en Adolescentes de la Novena Región. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2007, No 72 (2). 76-81p
37. Tratamiento de infección de vías urinarias Recuperado de <http://www.repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/2554/1/TESIS.pdf>
38. Tratamiento de infección de vías urinarias Recuperado de <http://www.repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/2554/1/TESIS.pdf>
39. Pesantes Castro, A. (Guayaquil 2013) Incidencia de las infecciones de vías urinarias en las adolescentes embarazadas de 16-17 años realizado en el Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Procel” Recuperado de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1866/1/tesis/andrea.pdf>
40. Amenaza de aborto (16 Mayo 2010) Salud y Medicina Recuperado de <http://es.slideshare.net/EDUARQUI23/amenaza-de-aborto>
41. Pesantes Castro, A. (Guayaquil 2013) Incidencia de las infecciones de vías urinarias en las adolescentes embarazadas de 16-17 años realizado en el Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Procel” Recuperado de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1866/1/tesis/andrea.pdf>
42. Complicación en la infección de vías urinarias durante el embarazo Recuperado de <http://www.repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/2554/1/TESIS.pdf>
43. Orem, D. Teoría del autocuidado Recuperado de <http://ambitoenfermeria.galeon.com/dorothea.html>
44. Orem, D. (9 Junio del 2012) Biografía de Dorothea Orem, Teoría del autocuidado Recuperado de [http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/\(2012\)/06/dorothea-orem.html](http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/(2012)/06/dorothea-orem.html)
45. Orem, D. Teoría del autocuidado Recuperado de <http://ambitoenfermeria.galeon.com/dorothea.html>
46. Orem E D. Modelo de Orem: La teoría de enfermería de autocuidado. Una teoría general. Madrid. Masson \_ Salvat. 1999.
47. Consejería en Salud Sexual Reproductiva (publicado Diciembre del 2011) Recuperado de <http://es.slideshare.net/Syddney/consejeria-10460760>

# ANEXOS

**ANEXO N° 1**  
**CUESTIONARIO**



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO**  
**ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**La presente encuesta tiene la finalidad de recolectar datos inherentes al Rol de Enfermería para el manejo de Infecciones de vías Urinarias en embarazadas adolescentes que acuden al servicio de Ginecología del Hospital Básico San Miguel. Periodo Febrero - Septiembre 2015.**

**Esta información es confidencial no será revelada por ningún motivo**

**1.- ¿Cuál es su edad?**

- 13 - 14 años ( )
- 15 -16 años ( )
- 17 - 18 años ( )
- 19 años ( )

**2.- ¿Cuál es su nivel de instrucción?**

- Primaria ( )
- Secundaria ( )
- Superior ( )
- Ninguna ( )

**3.- ¿Cómo se identifica usted?**

- Blanca ( )
- Afro ecuatoriana ( )

- Mestiza ( )  
Indígena ( )

**4.- ¿Cuál es su ocupación?**

- Quehaceres domésticos ( )  
Estudiante ( )  
Otras ( )

**5.- ¿Cuál es su estado civil?**

- Soltera ( )  
Casada ( )  
Viuda ( )  
Unión libre ( )  
Divorciada

**6.- ¿Cuál es su situación económica actual?**

- Independiente ( )  
Dependiente ( )

**7.- ¿Cuántos embarazos ha tenido incluyendo su embarazo actual?**

- 1-2 ( )  
3-4 ( )  
Más de 5 ( )

**8.- ¿Qué mes de embarazo cursa usted?**

- 1-3 ( )  
4-6 ( )  
7-9 ( )

**9.- ¿Usted acude mensualmente a los controles pre natales?**

- Si ( )  
No ( )  
A veces ( )

**10.- ¿A cuántos controles de embarazo a asistido usted?**

- 1-3 ( )  
4-5 ( )  
6-8 ( )  
Ninguno ( )

**11.- ¿Se ha realizado algún examen de orina durante su embarazo?**

- Si ( )  
No ( )

**12.- ¿Conoce usted sobre las infecciones de vías urinarias?**

- Si ( )  
No ( )  
Poco ( )  
Mucho ( )  
Nada ( )

**13.- ¿Mantiene usted relaciones sexuales durante la gestación?**

- Si ( )  
No ( )

**14.- ¿Ha recibido alguna información, charla educativa, consejería por parte del personal de enfermería sobre las infecciones de vías urinarias?**

- Siempre ( )  
Casi siempre ( )  
Usualmente ( )

Nunca ( )

**15.- ¿Conoce usted que la infección de vías urinarias conlleva a complicaciones en el embarazo cómo?:**

Amenaza de parto pre termino ( )

Amenaza de aborto ( )

Ruptura prematura de membranas ( )

**16.- ¿Cuáles son los factores riesgo predisponentes asociados a la Infección de vías Urinarias en el embarazo?**

Edad ( )

No acudir a los controles prenatales ( )

Antecedentes familiares ( )

Higiene personal no adecuada ( )

Actividad sexual ( )

**17.- ¿Considera usted que la higiene personal adecuada evita la proliferación de Bacterias para no contraer Infección de Vías Urinarias?**

Si ( )

No ( )

**18.- ¿Recibió tratamiento en caso de ser diagnosticada de infecciones de vías urinarias?**

Si ( )

No ( )

**GRACIAS**

## ANEXO 2

### LISTADO DE EMBARAZADAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS

N	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	DOMICILIO
1)	Gaibor Villagómez Letty Carolina	19	Ciudadela La Libertad
2)	Guerra Capuz Johanna Maricela	19	Ciudadela La Libertad
3)	Salazar Vega Senada Aracely	19	Ciudadela La Libertad
4)	Ladino Carrillo Casandra Lisbeth	16	Barrio La Comunidad
5)	Montalbán Orta Lisbeth Yadira	15	Barrio Salado Chico
6)	Garofalo Yánez Erika Dayana	18	Barrio Mirador
7)	Gáelas Gáelas Rocío Cecibel	14	Barrio Mirador
8)	Veloz Minaya María Fernanda	19	Barrio Central
9)	Paredes Erazo Patricia Alexandra	17	Barrio Central
10)	Quincha de Mora Leydi Mishell	19	Barrio Central
11)	Barragán Vargas Estela Maribel	19	Barrio Guabuloma
12)	Coloma Vargas Jennifer Selene	17	Barrio Guabuloma
13)	Silva López María Alexandra	14	Barrio Guabuloma
14)	Parco Carrasco Talía Geomaira	19	Barrio Los Ángeles
15)	Pozo Estrada María Magdalena	19	Barrio Los Ángeles
16)	Montero Martínez Cintia Pilar	17	Barrio Monseñor Leónidas Proaño
17)	Parco Torres Leydi Andreina	15	Barrio Monseñor Leónidas Proaño
18)	Vega Albino María Marilú	15	Barrio Arcángel San Miguel



19)	Gómez Moyolema Joselyn Maribel	17	Barrio América
20)	Bosques Arguello Jenny Lorena	17	Barrio Porotopamba
21)	Gaibor Camacho Alexandra Estefanía	19	Barrio Santo Cristo
22)	Pilco Seis Laura Marisol	19	Barrio Santo Cristo
23)	Chiluiza Rodríguez Sharon Anabel	16	Barrio San Antonio
24)	Panata Aguilar Adriana Maritza	19	Barrio San Antonio
25)	Noboa Chávez Mercy Anareliz	19	Barrio San Antonio
26)	Sanabria Gaibor Karla Juliana	19	Barrio Hospital
27)	Cadena Montero Jessica Karina	17	Barrio La Victoria
28)	Monar Yáñez Mónica Gabriela	18	Barrio La Victoria
29)	Carrasco Infante Jessica Elizabeth	18	Barrio La Victoria
30)	Velarde Patín María Mishell	19	Barrio La Victoria

**ANEXO 3**  
**EVIDENCIA DE LA ENCUESTA APLICADA**







20160201002P00985 DECLARACION JURAMENTADA

OTORGAN: SUSANA ELIZABETH ALARCÓN SANGACHE Y OTRA

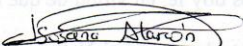
CUANTIA: INDETERMINADA



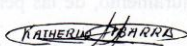
DI 1 COPIA

En la ciudad de Guaranda, República del Ecuador, hoy día jueves catorce de Abril de dos mil dieciséis, ante mí DOCTOR HERNÁN RAMIRO CRIOLLO ARCOS, NOTARIO SEGUNDO DE ESTE CANTÓN, comparecen las señoritas Susana Elizabeth Alarcón Sangache y Katerin Stefani Ibarra Chango, por sus propios derechos. Las comparecientes son de nacionalidad ecuatoriana, mayores de edad, de estado civil solteras, domiciliadas la primera compareciente en el cantón San Miguel y de tránsito por este lugar, y la segunda en esta ciudad de Guaranda; a quien de conocerlos doy fe, en virtud de que me presentan sus documentos de identidad; bien instruido por mí el Notario en el objeto y resultados de esta escritura de Declaración Juramentada que a celebrarla proceden, libre y voluntariamente.- En efecto juramentado que fue en legal forma previa las advertencias de la gravedad del juramento, de las penas de perjurio y de la obligación que tiene de decir la verdad con claridad y exactitud, declara lo siguiente: "Nosotros, Susana Elizabeth Alarcón Sangache y Katerin Stefani Ibarra Chango, declaramos que el proyecto titulado: Rol de Enfermería y Factores de riesgo para el manejo de las infecciones de las vías urinarias en embarazadas adolescentes que acuden al servicio de Ginecología del Hospital Básico San Miguel. Periodo Febrero – Septiembre 2015. Son de nuestra autoría, y autorizamos que ingrese al sistema de repositorio de la

Biblioteca de la Universidad, la cual adjuntamos en tres fojas útiles el Formulario del Registro Bibliográfico del Proyecto de Investigación.” Es todo cuanto tenemos que decir en honor a la verdad. Hasta aquí la declaración juramentada que junto con los documentos anexos y habilitantes que se incorpora queda elevada a escritura pública con todo el valor legal; y, que las comparecientes aceptan en todas y cada una de sus partes, para la celebración de la presente escritura se observaron los preceptos y requisitos previstos en la Ley Notarial; y, leída que le fue a las comparecientes por mí el Notario, se ratifican y lo hacen conmigo en unidad de acto quedando incorporada en el protocolo de esta notaría, de todo cuanto DOY FE.

  
Srta. Susana Elizabeth Alarcón Sangache

C.C. 0202320834

  
Srta. Katerin Stefani Ibarra Chango

C. C. 0202299301

  
DR. HERNÁN RAMIRO CRIOLLO ARCOS

NOTARIO SEGUNDO DE CANTÓN GUARANDA

Se otorgó ante mí y en fe de ello confiero ésta PRIMERA copia certificada, firmada y sellada en Guaranda, 14 de Abril del 2016

  
Dr. Hernán Criollo Arcos  
NOTARIO SEGUNDO DEL CANTÓN GUARANDA





Factura: 001-002-000003415



20160201002P00985

NOTARIO(A) HERNAN RAMIRO CRIOLLO ARCOS  
NOTARÍA SEGUNDA DEL CANTON GUARANDA  
EXTRACTO

Escritura N°:	20160201002P00985						
<b>ACTO O CONTRATO:</b>							
DECLARACIÓN JURAMENTADA PERSONA NATURAL							
FECHA DE OTORGAMIENTO:	14 DE ABRIL DEL 2016. (11.42)						
<b>OTORGANTES</b>							
<b>OTORGADO POR</b>							
Persona	Nombres/Razón social	Tipo interviniente	Documento de identidad	No. Identificación	Nacionalidad	Calidad	Persona que le representa
Natural	ALARCON SANGACHE SUSANA ELIZABETH	POR SUS PROPIOS DERECHOS	CÉDULA	0202320834	ECUATORIANA	COMPARECIENTE	
Natural	IBARRA CHANGO KATERIN STEFANI	POR SUS PROPIOS DERECHOS	CÉDULA	0202299301	ECUATORIANA	COMPARECIENTE	
<b>A FAVOR DE</b>							
Persona	Nombres/Razón social	Tipo interviniente	Documento de identidad	No. Identificación	Nacionalidad	Calidad	Persona que representa
<b>UBICACIÓN</b>							
	Provincia	Cantón	Parroquia				
	BOLIVAR	GUARANDA	ANGEL POLIVIO CHAVEZ				
<b>DESCRIPCIÓN DOCUMENTO:</b>							
<b>OBJETO/OBSERVACIONES:</b>							
CUANTIA DEL ACTO O CONTRATO:	INDETERMINADA						

NOTARIO(A) HERNAN RAMIRO CRIOLLO ARCOS  
NOTARÍA SEGUNDA DEL CANTÓN GUARANDA





la cual se pudo evidenciar el escaso conocimiento de ciertas adolescentes embarazadas y el desconocimiento total de algunas sobre la patología y sus complicaciones durante su embarazo, sus localizaciones, gérmenes presentes en la infección y medidas de prevención de las mismas. Cabe recalcar que luego de la intervención se logró un aumento significativo del conocimiento de las embarazadas, por ende se considera efectiva la intervención.

Por este motivo la importancia de esta investigación y así poder caracterizar los factores de riesgo en las adolescentes embarazadas que presentan IVU, generando información útil, abriendo nuevas hipótesis etiológicas, realizar investigaciones básicas y epidemiológicas sobre las causas y la manera más adecuada para la prevención.

El estudio fue realizado en el Hospital Básico San Miguel de la provincia Bolívar se estableció los siguientes datos estadísticos, identificando a la Infección de Vías Urinarias y a la corta edad como factores predominantes, 30% de adolescentes embarazadas presentaron IVU durante su gestación.

**Abstract:**




**Palabras Clave o Descriptores**

INFECCION DE VIAS URINARIAS, ADOLESCENTES, EMBARAZO.

Materia principal: Enfermería.

Materia secundaria: Enfermería en Salud Reproductiva, Ginecología.

**Firmas:**

 <b>DIRECTOR TUTOR</b> Mosso Ortiz Mary Consuelo	 <b>Autor 1</b> Alarcón Sangache Susana Elizabeth	 <b>Autor 2</b> Ibarra Chango Katerin Stefanni
---	--	--





**UNIVERSIDAD ESTADAL DE BOLÍVAR  
BIBLIOTECA GENERAL**

**FORMULARIO DE REGISTRO BIBLIOGRAFICO DE TESIS**

Facultad:	Ciencias de la Salud y del ser Humano		
Carrera:	Enfermería		
Tesis de Grado:	<input type="checkbox"/>	Proyecto de Titulación:	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Título:</b>			

Rol de Enfermería y Factores de riesgo para el manejo de las infecciones de las vías urinarias en embarazadas adolescentes que acuden al servicio de Ginecología del Hospital Básico San Miguel. Periodo Febrero - Septiembre 2015.

**Autor o Autores**

Alarcón Sangache Susana Elizabeth y Ibarra Chango Katerin Stefani

**Colaboradores:**

**Entidad que auspicio la Tesis o el Proyecto de titulación**

**Financiamiento:** SI  NO

**Fecha de entrega de la tesis:** 14 de Abril del 2016  
**Grado Académico a Obtener:** Licenciadas en Enfermería

**Resumen:**

El Rol de Enfermería en la Infección de Vías Urinarias en las gestantes adolescentes que son atendidas en el Hospital Básico San Miguel, periodo Febrero – Septiembre 2015, nos ha permitido descubrir que las pacientes tienen falencias de conocimientos sobre esta patología. Aplicar una intervención educativa sobre las Infecciones de Vías Urinarias a las adolescentes embarazadas que puedan despejar dudas y desconocimiento por las mismas; y lograr de esta manera que el nivel de conocimiento se eleve de las embarazadas para evitar complicaciones durante el transcurso del embarazo hasta el futuro parto.

Se constituye el universo cien embarazadas adolescentes y la muestra treinta embarazadas que presentaban la infección según resultados de laboratorio, las mismas que se aplicó un cuestionario de preguntas, la cual fue fuente primaria para la obtención de datos; mediante

SE AUTORIZA LA PUBLICACIÓN DE ESTA TESIS EN EL REPOSITORIO  
DIGITAL DE LA UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR



**Autor 1**  
Alarcón Sangache Susana Elizabeth



**Autor 2**  
Ibarra Chango Katerin Stefani



Fecha, firma y sello de Biblioteca



REPÚBLICA DEL ECUADOR  
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL  
IDENTIFICACIÓN Y CEEULACIÓN

CÉDULA DE CIUDADANÍA  
N. 020229930-1

APellidos y Nombres  
IBARRA CHANGO  
KATERIN STEFANI

Lugar de Nacimiento  
BOLIVAR  
GUARANDA

Angel Polivio Chavez  
Fecha de Nacimiento 1990-08-29  
Nacionalidad ECUATORIANA  
Sexo F  
Estado Civil SOLTERA




INSTRUCCIÓN BACHILLERATO PROFESIÓN / OCUPACIÓN ESTUDIANTE E133312222



APellidos y Nombres del Padre  
IBARRA NARANJO WILSON OSWALDO

APellidos y Nombres de la Madre  
CHANGO GUANANGA MARIANA ELENA

Lugar y Fecha de Expedición  
GUARANDA  
2012-09-10

Fecha de Expiración  
2022-09-10

Director General: *[Signature]*  
Firma del CEEULADO: *[Signature]*

REPÚBLICA DEL ECUADOR  
CONSEJO NACIONAL ELECTORAL CNE

**016** CERTIFICADO DE VOTACIÓN  
ELECCIONES SECCIONALES 23-FEB-2014

NÚMERO DE CERTIFICADO 016 - 0001 CÉDULA 0202299301  
IBARRA CHANGO KATERIN STEFANI

BOLIVAR CIRCUNSCRIPCIÓN 0  
PROVINCIA GUARANDA GUANUJO 1  
CANTÓN PARÍQUOLA 1 ZONA

*[Signature]*  
1) PRESIDENCIA DE LA JUNTA




*[Handwritten signature]*

*[Faint watermark text: COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS ECUATORIANAS]*



HC