

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



Infecciones del tracto urinario en gestantes atendidas en el Servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital MINSA II-2, Tarapoto - San Martín, julio - noviembre 2015

Tesis para obtener el título profesional de Obstetra

AUTOR:

Margarita More Tolentino

ASESOR:

Obsta. Dra. Gabriela del Pilar Palomino Alvarado

Tarapoto - Perú

2019



Esta obra está bajo una [Licencia
Creative Commons Atribución-
NoComercial-Compartirigual 2.5 Perú.](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/)

Vea una copia de esta licencia en
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



Infecciones del tracto urinario en gestantes atendidas en el Servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital MINSA II-2, Tarapoto - San Martín, julio - noviembre 2015

Tesis para obtener el título profesional de Obstetra

AUTOR:

Margarita More Tolentino

ASESOR:

Obsta. Dra. Gabriela del Pilar Palomino Alvarado

Tarapoto - Perú

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



Infecciones del tracto urinario en gestantes atendidas en el Servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital MINSA II-2, Tarapoto – San Martín, julio – noviembre 2015

Tesis para obtener el título profesional de Obstetra

AUTOR:

Margarita More Tolentino

ASESOR:

Obsta. Dra. Gabriela Del Pilar Palomino Alvarado

Tarapoto – Perú

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



Infecciones del tracto urinario en gestantes atendidas en el Servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital MINSA II-2, Tarapoto – San Martín, julio – noviembre 2015

AUTOR:

Margarita More Tolentino

**Sustentada y aprobada el día 04 de marzo del 2019,
ante el honorable jurado:**

.....
Obsta. Dra. Lolita Arévalo Fasanando

Presidente

.....
Obsta. Dra. Orfelina Valera Vega

Secretaria

.....
Obsta. Mg. Pedro Vargas Rodríguez

Vocal

Constancia de asesoramiento

La que suscribe Obsta. Dra. Gabriela del Pilar Palomino Alvarado, por el presente documento, hace

CONSTAR:

Que, he revisado y corregido el informe final de tesis titulado **Infecciones del tracto urinario en gestantes atendidas en el Servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital MINSA II-2, Tarapoto – San Martín, julio – noviembre 2015**, elaborado por la Bachiller en Obstetricia Margarita More Tolentino, la misma que encuentro conforme en estructura y contenido. Por lo que doy conformidad para los fines que estime conveniente.

Tarapoto, 04 de marzo del 2019.



.....
Obsta. Dra. Gabriela del Pilar Palomino Alvarado

Asesora

Declaratoria de Autenticidad

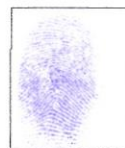
Margarita More Tolentino, con DNI N° 46874935, egresada de la Facultad de Ciencias de la Salud; Escuela Profesional de Obstetricia, de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, con la Tesis titulada: **Infecciones del tracto urinario en gestantes atendidas en el Servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital MINSA II-2, Tarapoto – San Martín, julio – noviembre 2015**

Declaramos bajo juramento que:

1. La tesis presentada es propia de mi autoría.
2. He Respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
3. La tesis no ha sido auto plagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De considerar que el trabajo cuenta con una falta grave, como el hecho de contar con datos fraudulentos, demostrar indicios y plagio (al no citar la información con sus autores), plagio (al presentar información de otros trabajos como propios), falsificación (al presentar la información e ideas de otras personas de forma falsa), entre otros, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto.

Tarapoto, 04 de marzo del 2019.



Bach. Margarita More Tolentino
DNI N° 46874935

Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis.

1. Datos del autor:

Apellidos y nombres:	MORE TOLENTINO MARGARITA		
Código de alumno :	094161	Teléfono:	942654410
Correo electrónico :	margarita.902010@hotmail.es	DNI:	46874935

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Datos Académicos

Facultad de:	Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de:	OBSTETRICIA

3. Tipo de trabajo de investigación

Tesis	(X)	Trabajo de investigación	()
Trabajo de suficiencia profesional	()		

4. Datos del Trabajo de investigación

Título:	INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE ALTO RIESGO OBSTETRICO DEL HOSPITAL MINSA II-2, TARAPOTO - SAN MARTIN JULIO-NOVIEMBRE 2015
Año de publicación:	2019

5. Tipo de Acceso al documento

Acceso público *	(X)	Embargo	()
Acceso restringido **	()		

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia **No Exclusiva**, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

6. Originalidad del archivo digital.

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

7. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".

.....
Firma del Autor

8. Para ser llenado en la Oficina de Repositorio Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso Abierto de la UNSM – T.

Fecha de recepción del documento:

16 / 04 / 2019



.....
Firma del Responsable de Repositorio
Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso
Abierto de la UNSM – T.

* **Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

** **Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

Dedicatoria

A Dios por darme mucha salud, por las bendiciones, la inteligencia y la vida misma.

A mis padres por ser moldes y brújulas en mi vida quienes depositaron su confianza en mi persona, donde ven culminado sus logros.

Con mucho amor a mis hermanos y demás familiares que han contribuido de manera incondicional en mi desarrollo profesional.

Con mucho cariño para los profesionales de la Facultad Ciencias de la Salud que contribuyeron en incrementar mis conocimientos, mis valores y actitudes para esta hermosa carrera “Obstetricia”, que representa la vida.

Margarita

Agradecimiento

A la Universidad Nacional de San Martín por haberme dado la posibilidad de formarme profesionalmente.

A la Obsta. Dra. Gabriela del Pilar Palomino Alvarado asesora del presente estudio, por su ejemplo de vida profesional, dedicación y asesoramiento en el presente trabajo de investigación.

Al personal de salud, en especial a los profesionales Obstetras del servicio de Obstetricia del Hospital II-2 Tarapoto, que contribuyeron en la obtención de los datos de la investigación y nos brindaron las facilidades para la ejecución de nuestra tesis.

Igualmente un agradecimiento especial a todas las personas que nos brindaron su apoyo incondicional para la finalización de nuestro trabajo.

Margarita

Índice de contenido

	Pág.
Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento.....	vii
Índice de Contenido.....	viii
Índice de Tablas.....	ix
Resumen.....	x
Abstract	xi
Título	1
I INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Marco Conceptual.....	1
1.2 Antecedentes.....	3
1.3 Bases Teóricas.....	8
1.4 Justificación.....	22
1.5 Problema.....	23
II OBJETIVOS.....	23
2.1 Objetivo General.....	23
2.2 Objetivos Específicos.....	23
2.3. Hipótesis de Investigación.....	23
2.4. Operacionalización de variables.....	24
III MATERIALES Y MÉTODOS.....	26
IV RESULTADOS.....	30
V DISCUSIÓN.....	33
VI CONCLUSIONES.....	38
VII RECOMENDACIONES.....	39
VIII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40
IX ANEXOS.....	45

Índice de tablas

Tabla	Título	Pág.
1	Factores socioculturales predisponentes a las infecciones del tracto urinario en las gestantes atendidas en el Hospital MINSA II-2, Tarapoto	30
2	Factores biológicos predisponentes a las infecciones del tracto urinario en las gestantes atendidas en el Hospital MINSA II-2, Tarapoto	30
3	Factores sexuales predisponentes a las infecciones del tracto urinario en las gestantes atendidas en el Hospital MINSA II-2, Tarapoto	31
4	Factores predisponentes a las Infecciones del tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital MINSA II-2, Tarapoto. En el periodo de Julio – Noviembre 2015.	32

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo “Determinar los factores predisponentes a las infecciones del tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital MINSA II-2, Tarapoto, Julio – Noviembre 2015”, estudio de tipo observacional no experimental y responde al paradigma cuantitativo, prospectivo, descriptivo, cuya muestra fue 130 gestantes. La técnica fue la encuesta y como instrumento el cuestionario.

Los resultados, entre los factores socioculturales predisponentes a infección del tracto urinario están el desconocimiento del tema 69.2%, seguido de la dependencia económica 47.7%, como elemento favorable está el hecho de que la mayoría no realiza baños en piscinas o ríos frecuentemente 58.5% y la condición del nivel socioeconómico mayor de 1000 soles como ingreso familiar con 56.2%. Entre los factores biológicos predisponentes a infección del tracto urinario sobresalen los antecedentes de infección urinaria previa 73.1%, la vaginosis o vaginitis previa 70.8%, la pobre ingesta líquido 62.3%, como elementos favorables el hecho de que la mayoría no presenta diabetes gestacional 83.8%, seguido de no uso de espermicidas 54.6%, y la multiparidad 58.5%. Entre los factores sexuales predisponentes a infección del tracto urinario tenemos que la mayoría presenta uso inadecuado de ropa interior 66.2%, seguido de múltiples parejas sexuales 52.3% y el uso de jabones de tocador 51.5%, como elementos favorables tiene adecuada higiene personal y de su pareja y no duchas vaginales con 50%.

En conclusión entre los factores predisponentes a infección del tracto urinario resaltan los factores sexuales con 44.2% y los factores biológicos con 42.5%.

Palabras clave: Alto riesgo, infección, tracto urinario, gestantes.

Abstract

The objective of this study was to "To determine the factors predisposing to urinary tract infections in pregnant women treated at the Tarapoto II-2 Hospital MINSA, July - November 2015", a non-experimental observational study that responds to the quantitative, prospective paradigm. descriptive, whose sample was 130 pregnant women. The technique was the survey and as an instrument the questionnaire. The results, among the sociocultural factors predisposing to urinary tract infection are ignorance of the topic 69.2%, followed by economic dependence 47.7%, as a favorable element is the fact that most do not swim in pools or rivers frequently 58.5% and the condition of the socioeconomic level greater than 1000 soles as family income with 56.2%. Among the biological factors predisposing to urinary tract infection, there are precedents of a previous urinary tract infection 73.1%, vaginosis or vaginitis prior 70.8%, poor liquid intake 62.3%, as favorable elements the fact that most do not have gestational diabetes 83.8%, followed by non-use of spermicides 54.6%, and multiparity 58.5%. Among the sexual factors predisposing to urinary tract infection we have that most presents inappropriate use of underwear 66.2%, followed by multiple sexual partners 52.3% and the use of toilet soap 51.5%, as favorable elements have adequate personal hygiene and their couple and no douching with 50%. In conclusion, among the factors predisposing to urinary tract infection, sexual factors stand out with 44.2% and biological factors with 42.5%.

Key words: High risk, infection, urinary tract, pregnant women.



TÍTULO

Infecciones del tracto urinario en gestantes atendidas en el Servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital MINSA II – 2, Tarapoto – San Martín, julio – noviembre 2015

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Marco Conceptual

La infección de vías urinarias (ITU) es una complicación frecuente del embarazo que puede desencadenar efectos adversos graves que afectan a la madre y feto, puede presentar síntomas o ser asintomática (1).

En estudios a nivel mundial las ITU constituyen aproximadamente el 40% del total de infecciones intrahospitalarias en embarazadas, mostrando que el 92% de éstas, son causadas por una bacteria (unimicrobianas) y 8% causada por más de un tipo de bacterias (polimicrobianas), siendo los agentes causales más frecuentes *Escherichia coli*, *Enterococcus sp.*, *Klebsiella sp.*, *Pseudomona aeruginosa* y *Proteus sp.* En América latina, aunque son pocos los estudios realizados, se encontraron resultados similares siendo el agente causal más frecuente *Escherichia coli* con un 53,3% (2).

La ITU, es considerada la segunda causa de morbilidad médica, superada solo por la anemia. Las ITUs sintomáticas (bajas y altas) tiene una incidencia del 17,9 % y asintomáticas (bacteriuria asintomática) que se presenta con un rango de 2,5 % a 13% de todos los embarazos. El diagnóstico de bacteriuria asintomática durante la gestación puede desarrollar pielonefritis aguda en un 20% a 40% de los casos. La pielonefritis aguda es la 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.

La infección urinaria (ITU) es una entidad clínica que se asocia frecuentemente al embarazo; las variantes clínicas son la bacteriuria asintomática, la cistouretritis y la pielonefritis.

El alto porcentaje de las ITU tiene como consecuencia el incremento de las complicaciones maternas durante el embarazo (Insuficiencia renal, endometritis,

Pielonefritis, corioamnionitis, Enfermedad inflamatoria intrapelvica, Amenaza de Parto prematuro, RPM, Aborto espontaneo, Shock séptico, todo esto llevando a un Alto riesgo de muerte materna y el incremento de las complicaciones fetales (RN con apgar bajo, RN con bajo peso, RCIU, Sepsis neonatal, Inseguridad emocional, RN con deficiente desarrollo de crecimiento, Mala calidad de vida, Fetos prematuros llevando a un Alto riesgo de morbilidad perinatal) y asociados con las complicaciones maternas conlleva a un alto porcentaje de morbilidad materno perinatal lo que constituye un problema en obstetricia y en el sistema de salud pública.

La débil cultura de prácticas saludables, desconocimiento del tema, grado de instrucción, bajo nivel socioeconómico, dependencia económica por la pareja, prohibición de la pareja a acceder a los servicios de salud son factores predisponentes a las infecciones del tracto urinario, destacando: la influencia negativa de los factores socioculturales.

Asimismo, en cuanto a las alteración de los factores biológicos tenemos, (Diabetes gestacional, Diabetes mellitus, Vaginosis o vaginitis previa, Modifican el PH de la vagina (Uso sustancias diferentes al PH vaginal), Antecedentes ITU, RRSS frecuentes, multiparidad, pobre ingesta líquida. Y el inadecuado estilo de actividad sexual e higiene, (Inadecuada higiene personal o de su pareja, Uso de jabones de tocador, Baños en piscina, Duchas vaginales, Múltiples parejas sexuales, Uso Inapropiado de ropa Interior.

Las gestantes atendidas en el Hospital MINSA II-2, Tarapoto tienen que enfrentar diversos cambios ya que como consecuencia son más propensas a contraer una infección del tracto urinario, por lo que los profesionales deben conocer los posibles factores predisponentes a una ITU para prevenirlos y así contribuir a que las gestantes no lleven en peligro su embarazo. A través del estudio pretendemos obtener resultados coherentes con la problemática de la población gestante como respuesta a la necesidad de la sociedad considerando que el personal de salud vela por ello en sus respectivas áreas.

El estudio busca determinar los factores de riesgo de la infección del tracto urinario en gestantes con el propósito de establecer estrategias de prevención para evitar

complicaciones mayores en la madre y el niño, considerando que el establecimiento donde se desarrollará el estudio es el establecimiento de salud mayor referencia regional y acuden las mujeres con las mayores complicaciones vinculantes, dando una mayor relevancia al estudio.

1.2. Antecedentes

Tol C. (2011), en su estudio “infección del tracto urinario en la amenaza del parto prematuro”, realizado en el Hospital Regional de Escuintla, periodo Enero a Diciembre del 2011; el objetivo fue determinar la incidencia de la infección urinaria en la amenaza de parto prematuro, reportó que el total de casos estudiados fueron 937 de los cuales 76,51% eran amas de casa y de estas el 32,11% tenían edad entre 20 a 25 años, solo el 15,09% trabajaba. El 44% eran solteras y el 38% unidas. El 46% nulíparas. El 69,6% tuvo mal control prenatal y de los urocultivos realizados el 70,9% fue positivo en su mayoría a *Escherichia Coli*, con sensibilidad a las cefalosporinas de segunda generación (3).

Meza L. (2013), en su estudio “complicaciones y frecuencia de las infecciones de vías urinarias en adolescentes embarazadas” a realizarse en el hospital ginecoobstétrico “enrique c. soto mayor” a partir de septiembre del 2012 a febrero del 2013, el objetivo fue Determinar las complicaciones y la frecuencia de infecciones de vías urinarias en adolescentes embarazadas, con la finalidad de disminuir la morbimortalidad materno fetal. Resultados, reportó que de los ingresos que fueron 254 el 78% fueron embarazadas con IVU, y el 22% corresponde a los ingresos de adolescentes embarazadas con dicha patología, el 58% de embarazadas adolescentes con IVU entre los 15-17 años, seguido de un 29% entre los 18-19 años de edad y un mínimo del 13% en las edades de 10-14 años, en cuanto al nivel socioeconómico demuestra que la IVU en embarazadas adolescentes se presenta con mayor frecuencia en un nivel socioeconómico bajo con un 73% del total de gestantes, seguido de un nivel medio con un 18%, la población con Embarazo en Adolescencia más IVU que ingreso al hospital Gineceobstétrico “Enrique C. Sotomayor” en un 4% contaban con un grado de escolaridad primaria incompleta, un 9% primaria completa y un 33% secundaria incompleta, lo que demuestra que gran parte de esta población si cuenta con un grado de escolaridad secundaria completa que corresponde al 54%, en cuanto a la población con Embarazo en Adolescencia más IVU se

presentan en mayor frecuencia 69% en las pacientes primigestas y un restante del 31% en multíparas, en cuanto al factor de riesgo que más predomina para que una paciente embarazada adolescente presente IVU son las infecciones urinarias recurrentes en un 55% seguido de las infecciones vaginales en un 27.% las relaciones sexuales en un 9% las anemias el 7% y el por otras causas 2%. En la complicación más frecuente son las amenazas de parto pretérmino con 49%, el 33% de pct. Que no presentaron ninguna complicación, se reportó un 11% con partos pretérmino y un mínimo del 7% con amenaza de aborto, el 49% de las pacientes adolescentes con IVU concluyeron con partos a término, el 40% en alta hospitalaria y el un restante del 11% con partos pretérmino (4).

Silva C, Pico J. (2011), en su estudio “complicaciones obstétricas asociadas a infección de vías urinarias en mujeres embarazadas atendidas en el servicio gineco-obstétrico del Hospital de Bosa II nivel durante el 01 de enero del 2010 al 30 diciembre del 2011, la población y muestra 215 gestantes. Resultados, identificó una edad promedio de 21,77 años, la moda de 20 años (57 casos), el 53,5% (115) son solteras, el 56,3% (121) pertenecen al estrato 2. El 23,3% (50) tuvieron ITU en el 1er trimestre, 47,9% (103) en el 2do trimestre y 28,8% (62) en el 3er trimestre. El 2,3% (5) registraron uroanálisis normal, 94,4% (203) presentaron uroanálisis patológico y 3,3% (7) presentaron uroanálisis contaminado. El 38,6% (83) no registraron urocultivo analizadas, 34% (73) presentaron urocultivo positivo y 27,4% (59) presentaron urocultivo negativo. El 83,6% (61) registraron Escherichia Coli como el agente etiológico más frecuente. El 46% (99) no registraron complicación en el neonato, 42,3% (91) presentaron complicación obstétrica y 11,6% (25) no presentaron complicación alguna. Igualmente, 9 gestantes, presentaron como complicación neonatal bajo peso, 10 parto pre-término, 46 amenaza de aborto, 2 abortos, 29 amenaza de parto pre-término y sólo un caso RPM. En 124 gestantes no se evidenció ninguna complicación asociada. El 15,3% presentó complicación y en 14 (6,5%) de las gestantes no hubo complicación asociada. De las gestantes que presentaron urocultivo positivo 73 (34%), en 27 (12,6%) de ellas no se registró complicación, en 41 (19,1%) si se presentó complicación y en 5 (2,3%) no hubo complicación asociada. Así mismo, de 59 gestantes (27,4%) con urocultivo negativo, en 36 de ellas (16,7%) no se registró complicación, en 7,9% (17) de las gestantes se evidenció complicación y en 6 (2,8%) no se evidenció ninguna complicación; la población gestante donde más se aisló complicación fue la asociada al urocultivo positivo (5).

Ugalde D, Hernández M, Ruiz M, Villarreal. E. (2011), en su estudio titulado “Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para parto pretermo en adolescentes” realizado en Santiago, periodo octubre 2010 a octubre 2011”; con el objetivo de determinar las infecciones genitourinarias como factores de riesgo para parto pretérmino en adolescentes. Resultados, 35 adolescentes con parto pretérmino y 148 con parto a término, de las adolescentes con parto pretermo el 54,3% presentaron infección de vías urinarias, mientras que solo 33,8% de estas presentaron parto a término ($p=0,02$). El 57,1% de las adolescentes con parto pretermo presentaron infección vaginal en comparación con 35,1% de las de parto a término ($p=0,01$) (6).

Tumbaco A, Martínez L. (2013), en su estudio “factores de riesgo que influyen en la predisposición de infecciones urinarias en mujeres 15 – 49 años que acuden al subcentro virgen del Carmen del cantón la libertad, periodo 2012-2013” con el objetivo de Determinar los factores de riesgo que influyen en la predisposición de infecciones urinarias en mujeres 15 – 49 años que acuden al Subcentro Virgen del Carmen del Cantón la Libertad. Reporto que la población en estudio fueron las mujeres de 15 a 49 años de edad, que acuden al Subcentro Virgen del Carmen que de 720 usuarias y por la magnitud de la población se aplicó el procedimiento para el cálculo de la muestra con la fórmula respectiva que se obtuvo como resultado 142 mujeres. En los resultados obtenidos se identificó en las usuarias con infecciones urinarias el 43,65% son mujeres jóvenes de 20 a 29 años de edad que tienen vida sexual activa, el grado de conocimiento de infecciones de vías urinarias es de 87,32 % pero pudimos identificar que no es así realmente el nivel de conocimiento es bajo ya que el 67.61% no saben cuáles son sus síntomas. En el factor sociocultural el 72,54% no se asean adecuadamente y su higiene es incorrecta. En el aspecto económico el ingreso familiar de las usuarias es bajo por tal motivo el 50 % de ellas han abandonado el tratamiento por falta de dinero (7).

Velarde M. (2012), en su estudio “factores socio reproductivos asociados a la infección del tracto urinario en gestantes atendidas en el puesto de salud 5 de noviembre de Tacna, en el año 2012”, con el objetivo de identificar los factores socio reproductivos asociados a la infección del tracto urinario en gestantes. Reportó que el grupo etario de 25 a 34 años representa casi un tercio del total de casos (38%) con infecciones del tracto urinario, mientras que el grupo etario de quince a veinticuatro años presentaron más de la quinta parte (27%) y menos de la décima parte (6%) en el grupo etario de treinta y cinco a

cuarenta y cuatro años. asimismo, se encontró una $p = >0,05$, lo que nos permite afirmar que la ITU no se asocia al grupo etario materno, según la ocupación, ama de casa representa casi las dos cuartas partes de casos (55%) con infecciones del tracto urinario, mientras que las gestantes dedicadas al estudio presentaron menos de la décima parte (4%) y más de la décima parte (12%) se dedican solo a trabajar. al aplicar la prueba estadística se valora que los grupos son comparables respecto a la variable ITU ($p=>0,05$). asimismo, se encontró una $p = >0,05$, lo que nos permite afirmar que la ITU no se asocia a la ocupación. en el grado de instrucción, secundaria completa presentaron la cuarta parte (25%) infección urinaria, con primaria completa menos de la quinta parte (19%) presentaron infección urinaria, con secundaria incompleta presentaron un poco más de la décima parte (11%). con superior no universitario completo presentaron menos de la quinceava parte (3%) y finalmente con mucho menos de la décima parte (1%) estudiaron superior no universitario incompleto. en estado civil conviviente representa casi las dos cuartas partes de casos (52%) con infecciones del tracto urinario, mientras que las gestantes casadas presentaron casi la octava parte (13%) y menos de la décima parte (6%) son solteras. según el periodo intergenésico (no aplica) más de la tercera parte de casos(23 %) con infecciones del tracto urinario, mientras que las gestantes con periodo intergenésico corto presentaron la sexta parte (13%) , más de la décima parte (16%) presentan periodo intergenésico largo. de acuerdo al análisis multivariado, habiéndose aplicado un análisis de regresión múltiple binario. el modelo incluye muchas variables predictoras y sólo una variable dependiente dicotómica (infección del tracto urinario: si/no). se aprecia que para todas las variables predictoras para infección del tracto urinario el p valor es superior a 0,05. por lo que se concluye que los factores socios reproductivos no se asocian con la infección del tracto urinario en las gestantes que fueron atendidas en el puesto de salud 5 de noviembre en el año 2012 (8).

Campos T, Canhucaja L, Gutarra R. (2004), en su estudio “factores de riesgos para bacteriuria asintomática durante la gestación” realizado en el instituto especializado materno perinatal en el año 2004, según su objetivo de estudio, determinar los principales factores de riesgo para desarrollar bacteriuria asintomática durante la gestación en el instituto especializado materno perinatal. Establece los siguientes resultados: Se estudió 312 casos y 326 controles. De los 312 casos, 213 (59%) fueron positivos a *E. coli*, 66 (21%) positivos a *Proteus*, 16 (4%) positivos a *Klebsiella* y 16 (4%) a otros gérmenes. En los casos se observó una edad media significativamente menor (23,5) que en los controles

(32,6). En ambos grupos, la mayor proporción de gestantes procedía del Callao, tenía grado de instrucción secundaria, era ama de casa, conviviente o casada y multípara. Estas características fueron significativamente mayores en casos que en controles. Así mismo, la frecuencia del factor de riesgo conductual reprimir la orina fue significativamente mayor en los casos que en los controles ($p < 0,001$), al igual que el factor de riesgo conductual relación sexual diario ($p = 0,002$); el factor de riesgo higiene personal menor de 6 veces por semana tuvo $p = 0,023$. Sin embargo, estas frecuencias mayores también se observó con el uso de sonda vesical ($p < 0,001$). Los otros factores tuvieron proporción similar tanto en casos como controles. Conductual reprimir la micción y la bacteriuria asintomática, OR crudo 3,694 (IC 95%: 2,556 a 5,356). También hubo asociación de la edad, la procedencia, el grado de instrucción, estado civil, la ocupación, paridad y el uso de sonda vesical con los casos de bacteriuria asintomática. Cuando ajustamos el OR crudo por estas probables variables confusoras, la asociación se mantuvo, OR ajustado: 3,4766 (3,057 a 7,421). Existió asociación entre el factor conductual relación sexual diaria con bacteriuria asintomática, OR crudo 1,883 (1,260 a 2,842); al ajustar esta asociación por las probables variables confusoras como edad, procedencia, grado de instrucción, estado civil, ocupación, paridad y uso de sonda vesical-, encontramos que dicha asociación se mantuvo, OR ajustado 1,729 (1,118 a 2,675) (9).

Amasifuen Ll, Ruiz N. (2012), en su estudio “Diagnóstico presuntivo de infección del tracto urinario y complicaciones más frecuentes en gestantes de Población Mestiza y Nativa Quechua de la Ciudad de Lamas, Junio – Setiembre 2012; estudio descriptivo cuantitativo, de diseño correlacional comparativo, metodología revisión de historias clínica y como instrumento ficha de datos. Resultados, la incidencia de ITU en la población mestiza fue el 63% (34) y de la población nativa Quechua el 37% (20). Un 73.53% (25) en las gestantes mestizas y con un 55% (11) en las gestantes nativas Quechua se encontraron entre las edades de 20 -34 años. Nivel educativo de gestante mestiza con 47.06% (16) estudios de nivel secundaria; mientras en las nativas Quechua el 50% (10) solo alcanzan el nivel de educación primaria. El estado civil en las gestantes mestizas es conviviente con 58.82% (20) al igual que las nativas Quechua el 65% (14). Las complicaciones atribuidas a la ITU se presentaron en un 23.53% (8) en las gestantes mestizas y en las nativas Quechua un 25% (5). Y entre las complicaciones la más frecuente fue en las gestantes mestizas La amenaza de parto prematuro (3 casos) y en las nativas Quechua el Aborto (2 casos). Con predominio de gestantes en el II trimestre, el

52.94% (18) fueron primigestas en las mestizas y un 70% (14) eran multigestas en las nativas Quechua. Conclusión, la ITU y complicaciones se presentan en mayor incidencia en las gestantes mestizas en comparación de las gestantes nativa Quechua (10).

1.3. Bases teóricas

1.3.1. Infección del tracto urinario en el embarazo.

La infección del tracto urinario constituye una de las patologías más frecuentes en la práctica clínica. Son las complicaciones que con mayor frecuencia aparecen, entre al 5 al 10% de todos los embarazos. Siendo más frecuente en gestantes multíparas, de nivel socioeconómico bajo, con infección previa y de acuerdo con la edad (a mayor edad mayor predisposición a este tipo de infecciones (10).

Se define infección del tracto urinario (ITU) como la colonización, invasión y multiplicación, en la vía urinaria, de microorganismos patógenos, especialmente bacterias, que habitualmente provienen de la región perineal (vía ascendente) (10).
gabriela palomino/ico.ii/proyectos concursables/estudiantes/proyectos ptados al concurso/final ptado al concurso/6. margarita y emerita/bibliografía/13.cavagnaro s.m.pdf

Desde el punto de vista microbiológico, existe una ITU cuando se detectan microorganismos patógenos tanto en orina como en uretra, vejiga, riñón y/o próstata en un cultivo de una muestra adecuadamente obtenida con técnicas de asepsia y antisepsia, y del chorro medio de orina. En la mayor parte de los casos, el crecimiento de 100.000 UFC/ml de un microorganismo en una muestra de orina puede ser indicativo de infección aun sin síntomas. En presencia de síntomas o piuria se considera ITU con valores mucho menores (100.000 UFC/ml). Cuando el recuento de colonias es superior a los 100.000 UFC/ml y hay más de dos tipos de gérmenes, esto indica contaminación de la muestra (11).

Epidemiología

Es de amplio conocimiento que la infección de vías urinarias es una patología de prevalencia importante en las mujeres gestantes afectando entre 50 y 80% esto atribuido a cambios funcionales y anatómicos propios del embarazo. La presentación

clínica más frecuente es la bacteriuria asintomática con una prevalencia del 17-20% de los embarazos; en segundo lugar se encuentra la cistitis aguda con 1.5 % y finalmente la Pielonefritis aguda de 1-2%; desencadenando con ello una serie de complicaciones tanto en la madre como en el feto.

De acuerdo a lo expresado por Vallejos en su artículo: “Se estima que el 40% de las mujeres han tenido una ITU alguna vez en su vida, y aproximadamente del 2-7% de embarazadas presenta ITU en algún momento de la gestación, siendo más frecuente en multíparas, en medio socioeconómico bajo y de acuerdo con la edad a mayor edad, mayor predisposición a este tipo de infecciones” (5).

Etiología

La flora normal de la uretra distal está formada por estafilococos coagulasa negativo (con excepción del *Staphylococcus saprophyticus*), Difteroides (*Corynebacterium* sp), estreptococos no hemolíticos, Lactobacilos, *Mycobacterium smegmatis*, y microorganismos anaerobios. En ocasiones de forma transitoria, puede encontrarse *E. coli* y otros bacilos gran negativos. La orina es un excelente medio para crecimiento para muchos microorganismos. Sin embargo la mayoría de las ITU está limitada a un grupo de patógenos, el 95% de las infecciones están producidas por una única especie bacteriana; es la *Escherichia coli* la responsable del 70 a 90% de episodios, seguidos de *Proteus* (3 – 3,5%) y *Klebsiella* Spp. En cuanto a los Gram positivos, el más relevante es *Streptococcus agalactiae*, tanto el *Staphylococcus saprophyticus* con *Enterococcus* sp poseen escasa incidencia, aunque no es rara la presencia de *Enterococcus* sp en cultivos mixtos junto a *Escherichia coli*. Otros microorganismos como *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis* y *Ureoplasma urealyticum* poseen dudoso valor como agentes etiológicos y junto con *Streptococcus agalactiae* con frecuencia traducen una colonización vaginal por los mismos y es importante saber si estamos ante una bacteriuria asintomática significativa o no significativa (contaminación) (3).

Patogénesis.

La infección del tracto urinario en la mujer es el resultado de complejas interacciones entre el huésped y el microorganismo. La mayoría de las bacterias ingresan al organismo a través de:

- **La vía ascendente** la más frecuente, permite el paso de bacterias desde las márgenes del ano y periné a la uretra y a la vejiga para luego ascender por las paredes de los uréteres hasta los riñones.
- **La vía sanguínea** ocurre en las septicemias que comprometen a los riñones.
- **La vía linfática** pasan las bacterias desde el intestino a las vías urinarias (10).

Cuadro clínico.

Se ha establecido que las infecciones de las vías urinarias bajas, están asociadas a un cuadro clínico de: frecuencia, urgencia, disuria, hematuria y piuria, a su vez acompañados de dolor en región suprapúbica asegura Macejko. Por otro lado, Herráiz y Mesa describen que la cistitis aguda se caracteriza por la presencia del síndrome miccional: disuria, polaquiuria, tenesmo y urgencia miccional y que así mismo suele acompañarse de molestias supra púbcas con sensación de presión en esta zona, cambios en las características de la orina como presencia de turbidez, olor fétido y, en ocasiones, hematuria. Exponen además que este síndrome no suele acompañarse de síntomas sistémicos como fiebre y dolor costo vertebral lo que lo diferencia de la Pielonefritis aguda (12).

Clasificación

La infección de vías urinarias se clasifica según el nivel de compromiso clínico en asintomática y sintomática y según el compromiso anatómico en altas y bajas. Dentro de las formas clínicas más frecuentes en el embarazo encontramos la bacteriuria asintomática, la cistitis y la Pielonefritis aguda (5).

1. Bacteriuria asintomática

Es la presencia de bacterias en la orina de la embarazada en ausencia de síntomas clínicos. Su prevalencia es del 2-11% siendo más frecuente en multíparas, mujeres con nivel socioeconómico bajo, infección urinaria previa, diabetes y otras enfermedades. En general la frecuencia de aparición de bacteriuria asintomática durante el embarazo no difiere de la de una mujer no gestante de la misma edad. Aunque el embarazo no aumenta su aparición, sí que agrava sus consecuencias y favorece la aparición de formas sintomáticas, complicándose hasta un 35% de los casos con Pielonefritis agudas. Las bacteriurias asintomáticas son detectables ya en las primeras semanas de

embarazo. Por ello se recomienda el cribado de todas las gestantes para la detección de la bacteriuria asintomática durante el primer trimestre (5).

2. Cistitis Aguda

Es una forma de infección urinaria de las vías bajas, muy sintomática en la mayor parte de los casos y con una relativa alta frecuencia. Se dice que toda mujer tendrá una cistitis al menos una vez en su vida. Por razones anatómicas es más frecuente en las mujeres que en los hombres. Tiene una gran asociación con los hábitos y la frecuencia sexual. Aunque también se puede producir cistitis por medicamentos, por falta de hormonas o por radioterapia en estos casos el término sólo establece la presencia de inflamación vesical sin la presencia de bacterias en la orina. Dado que la vejiga se continúa a través de la uretra hacia el exterior, ésta también se puede presentar inflamada (uretritis) y participar en la sintomatología de la enfermedad.

Hay un caso muy particular que conocemos como la "Cistitis de la Luna de Miel": en parejas recién casadas, dada la pasión de esos días y la frecuencia sexual elevada, la vejiga y la uretra se ven traumatizadas y pueden generar síntomas iguales al de una infección urinaria sin realmente existir. Cuando hablamos de cistitis hemorrágica nos referimos a infecciones, por lo general severas, que ocasionan sangrado vesical y hematuria (sangre en la orina). Se diferencia de la bacteriuria asintomática por la presencia de síntomas como disuria, polaquiuria y tenesmo vesical en pacientes afebriles, sin evidencia de enfermedad sistémica. En las embarazadas el tratamiento se suele iniciar antes de tener los resultados del cultivo. La elección del antibiótico, al igual que en el caso de la bacteriuria asintomática, debe basarse en los organismos más habituales, y se lo cambiará si es necesario al tener el resultado del cultivo y antibiograma (4).

3. Pielonefritis aguda

La Pielonefritis aguda (PA) se define como el proceso infeccioso que afecta la pelvis y el parénquima renal y que se refleja en un cuadro clínico caracterizado por dolor lumbar, fiebre y bacteriuria. El espectro de presentación clínica es muy amplio, concordante con la severidad de la enfermedad, la cual puede cursar como infección localizada o evolucionar a una infección severa con los signos clásicos de respuesta inflamatoria sistémica o shock séptico (10).

Pielonefritis No Complicada: Proceso infeccioso que ocurre en pacientes sin alteraciones anatómicas o funcionales del tracto urinario (10).

Pielonefritis Complicada: Se considera Pielonefritis complicada todo cuadro infeccioso que ocurre en pacientes con alteraciones estructurales o funcionales del aparato urinario, tales como litiasis, malformaciones congénitas, quistes, neoplasias, estenosis, catéteres uretrales. También están incluidas otras condiciones como diabetes, insuficiencia renal crónica, neutropenia, trasplante, embarazo, edad avanzada y antecedentes de inmunosupresión farmacológica. Los pacientes con tales características tienen mayor riesgo de infección, falla del tratamiento y resistencia a los antibióticos. La Pielonefritis en los hombres con un foco prostático, así como la Pielonefritis recurrente, se consideran infecciones complicadas (10).

1.3.2. Factores predisponentes

1. Factores socioculturales

Factores sociales

Los factores de riesgo social influyen negativamente en el desarrollo del niño, así como los de riesgo biológico (bajo peso al nacer, síndromes mal formativos, problemas neurosensoriales) y ciertas circunstancias del embarazo. Todos estos factores pueden afectar al niño ya desde su vida intrauterina y tener una relación directa con una falta de cuidados y un posible maltrato infantil (3).

Factores culturales

Los factores culturales si son hábitos, es decir ejecutados por individuos aislados, pero al convertirse en dominios públicos o realizados por la masa son “costumbres”, las cuales son o pueden ser arraigados en la sociedad donde persisten de generación en generación.

ya que también pueden considerarse como conductas predominantes en un grupo social debido a la educación recibida en las primeras etapas de la vida del individuo(niño), a la formación de hábitos de estos, pertenecientes a un grupo determinado (3).

1.1. Débil cultura de prácticas saludables: En el sexo femenino estos cuadros son más habituales debido a la cercanía que existe entre la vagina y el ano. “Las infecciones ascendentes vienen del intestino, del recto y colonizan los genitales externos. De ahí llegan al tracto urinario y, como la orina está tibia, la vejiga se convierte en una incubadora para que los microbios crezcan, se multipliquen y se adhieran a las paredes” (13).

1.2. Desconocimiento del tema. Este tipo de infección muchas veces pasa desapercibida en las pacientes a veces por desconocimientos que tienen sobre el tema y las serias consecuencias que se presentan en la mujer (7).

1.3. Grado de instrucción. Las infecciones de vías urinarias se ven influenciadas por el nivel de escolaridad, ya que este hecho puede denotar el entendimiento acerca de un tema en específico, bajo esta perspectiva las poblaciones con bajo nivel educativo son las más susceptibles a la incidencia de enfermedades debido al desconocimiento sobre las causas y prevención de estas (5).

1.4. Bajo nivel socioeconómico: La prevalencia de ITU se duplica en las mujeres con nivel socioeconómico bajo, por la falta de poder adquisitivo y el no poder cumplir con los tratamientos indicados y exámenes Laboratorio solicitados (4).

Los factores socioeconómicos se han mostrado como causa importante de predisposición a las infecciones urinarias. Inciden en ello tanto las condiciones particulares del sujeto como las generales del país. Así, la prevalencia de infecciones de vías urinarias en mujeres de bajo nivel socioeconómico es más elevada (6 - 7%) que en aquellas de alto nivel (2%). Pero también, países subdesarrollados como los integrantes de África, poseen una prevalencia frecuencia superior, que es al menos 3 veces la mostrada por los países desarrollados (Francia, Italia, España, y seis veces la de los países de gran desarrollo social Suecia (7).

1.5. Dependencia económica por la pareja: Mujeres que ya no sienten amor por sus parejas y no tienen la libertad de tomar la decisión de separarse, por no tener los medios que le permitan autoabastecerse ya que la función de provisión económica estuvo y está a cargo de su marido. Mujeres que no tienen libertad para decidir hacer

una determinada inversión sin consultarlo (¿pedir permiso?). Mujeres que no saben cuál es la realidad de su situación económica salvo lo que el marido decide que sepan. Desconocen cuál es el ingreso mensual, si tienen ahorros e inclusive cuál es su patrimonio (14).

2. Factores biológicos

2.1. Diabetes gestacional: La diabetes aumenta el riesgo de ITU en mujeres mas no en varones, aunque está relacionado a un aumento de complicaciones en ambos grupos, estos pacientes generalmente tienen un aumento de 5 veces el riesgo de desarrollar pielonefritis, otras de las complicaciones más comunes son cistitis enfisematosa y abscesos peri-renales. Por lo general las infecciones son causadas por bacterias resistentes (4).

2.2. Diabetes mellitus: La diabetes mellitus predispone a la ITU c y a pielonefritis aguda de mayor gravedad, sobre todo en la mujer gestante y ancianas. No hay diferencia en los gérmenes causales aunque se añade una frecuencia aumentada de Estreptococo grupo B (15).

Muchos diabéticos padecen bacteriuria asintomática pero con grave riesgo de complicarse con bacteriemias, pielonefritis y cistitis enfisematosas, necrosis papilar, absceso perineal y sobreinfecciones por hongos. Por ello se debe tratar la bacteriuria del paciente diabético aunque ésta sea asintomática. El tratamiento de la ITU es esencialmente igual que en los no diabéticos aunque de mayor duración, salvo que concurren otros factores de riesgo (15).

2.3. Vaginosis o vaginitis previa: Su importancia viene dada por su relación directa con la enfermedad pélvica inflamatoria. Es la causa más frecuente de exudado vaginal y mal olor de vagina. Hasta el 50% de las mujeres que la padecen pueden no manifestar sintomatología. Su tratamiento se recomienda en la mujer embarazada, pues reduce el riesgo de parto prematuro y la endometritis puerperal, y en la no embarazada las complicaciones en caso de aborto o histerectomía (16).

2.4. Antecedentes de ITU: El antecedente de ITU antes del embarazo y de drepanocitosis son predictores de BAS que deberían determinarse durante la primera visita prenatal. Sin tratamiento adecuado, la BAS puede evolucionar a pielonefritis (7).

El principal factor de riesgo es el antecedente de ITU previo al embarazo. Del 24 al 38% de las mujeres que presentan BA en la gestación tienen antecedentes de ITU sintomática (17).

2.5. Relaciones sexuales frecuentes. Muchas mujeres desarrollan regularmente infecciones de vejiga en los dos días siguientes después de haber mantenido relaciones sexuales. La actividad sexual puede aumentar las posibilidades de desarrollar una infección de las vías urinarias si el pene contusiona la uretra de la mujer durante la relación o si el pene u otra actividad sexual introducen bacterias que producen enfermedades en la uretra de la mujer. Las mujeres, en los años anteriores y posteriores a la veintena son hasta 60 veces más propensas a desarrollar una infección de las vías urinarias dentro de las 48 horas posteriores a una relación vaginal que las mujeres de la misma edad que no tienen relaciones (18).

2.6. Multiparidad: Las mujeres con embarazos numerosos tienden a presentar con repetición infecciones urinarias debido al traumatismo presentado por la uretra durante el trabajo de parto, quedando expuesta a que los gérmenes colonicen con facilidad. Las manipulaciones de tactos vaginales ocurridos durante el trabajo de parto, es otra de las causas por las cuales pueda que asciendan gérmenes a la uretra (4).

2.7. Pobre ingesta líquida: Evitar una infección urinaria requiere de cosas simples. Entre ellas, beber mucha agua. A través de la orina se eliminan las bacterias, impidiendo que asciendan y se reproduzcan. Además, la ingesta de al menos dos litros de agua al día, reduce la constipación, lo que disminuye los gérmenes en las deposiciones y, por lo tanto, el riesgo de infección urinaria (13).

2.8. Edad de la madre: La incidencia de ITU es mucho mayor en las gestantes de más edad, en las primerizas y en las mujeres que tienen embarazos sucesivos en intervalos muy cortos de tiempo. Y, sobre todo, en aquellas pacientes que hayan padecido anteriormente una infección de este tipo. Se calcula que entre un dos y un ocho por

ciento de las mujeres presentan gérmenes en la orina durante su gestación, aunque los síntomas no suelen manifestarse. Es lo que se conoce con el nombre de bacteriuria asintomática. Es muy importante que este tipo de infección se detecte a tiempo (en el primer trimestre del embarazo), puesto que, si no se realiza un tratamiento adecuado, puede evolucionar hacia enfermedades mucho más serias y sintomáticas, como la cistitis o la Pielonefritis aguda, más frecuentes en el segundo y tercer trimestre de gestación. Una mujer embarazada que desarrolla una infección urinaria debe ser tratada inmediatamente para evitar complicaciones materno - fetales (4).

3. Factores Sexuales e Higiene: La piel de la zona genital femenina es diferente a la piel del resto del cuerpo y más susceptible a la acción de productos irritantes. El nivel de acidez del flujo vaginal contribuye al equilibrio de la flora bacteriana e impide la colonización de patógenos externos, pero la vulva (genitales externos) se encuentra en contacto con el flujo vaginal y otros fluidos como orina, menstruación y sudor, y es fundamental que toda la zona genital se encuentre limpia para evitar el mal olor y la aparición de infecciones.

Para una higiene íntima correcta se deben emplear productos específicos que no alteren el pH ni la flora vaginal normal. Lo ideal es utilizar un producto hipoalergénico, sin jabón, especialmente indicado para la higiene íntima diaria, y cuya composición resulte adecuada para el cuidado de la piel sensible e irritada, con propiedades calmantes y suavizantes y agentes hidratantes (10).

3.1. Inadecuada higiene personal o de su pareja: La falta de hábitos higiénicos adecuados por parte de las personas se convierte en un problema grave, no sólo por lo desagradable de una mala apariencia o de los malos olores, sino por el potencial peligro de transmisión de virus y gérmenes a otras personas y contagio de enfermedades. Los genitales, al estar tan próximos a los orificios de salida de la orina y las heces, son una parte del cuerpo que requiere especial atención. Tanto la vulva como el pene tienen una serie de pliegues que hay que separar para lavarlos correctamente. Sin embargo el aseo de las zonas genitales debe hacerse a diario. Con ello no sólo se evitan los malos olores, sino la adquisición de infecciones y enfermedades (5).

La falta de una higiene adecuada de los genitales, es un factor importante en el desarrollo de infecciones. Cuando una mujer se limpia arrastrando el papel con excremento de atrás hacia delante, lo lleva hacia el meato urinario, por lo que las bacterias, generalmente de *Escherichia Coli*, penetran a la uretra y provocan la infección. En las mujeres sexualmente activas, las relaciones coitales pueden originar infecciones, ya que bacterias de diversos tipos pueden penetrar hacia la uretra (7).

3.2. Uso de jabones de tocador: Muchas mujeres recurren a geles íntimos para lavar la vagina, sin saber aplicarlos. El mal uso de estos productos en zonas sensibles puede facilitar las infecciones urinarias. Solo los genitales externos deben limpiarse con jabón, ya que al emplearlo dentro de la vagina se produce irritación. “Es como si te lavaras los ojos con detergente. Los genitales se inflaman y disminuyen los mecanismos de defensa naturales de esa área. Estos productos no hacen falta para asearse, basta con usar agua” (5).

3.3. Baños en piscina: Todas las embarazadas están expuestas a contraer infecciones urinarias durante el desarrollo de la gestación, pero durante el verano se hace más frecuente, lo cual se puede asociar a la mayor exposición a bacterias que habitan en el agua por baños en piscinas, lagos o playas.

El especialista de la Clínica Alemana asegura que los gérmenes como los hongos, son oportunistas, y se desarrollan en ambientes donde predominan tres tipos de características: calor, humedad y oscuridad. Estas tres condiciones se dan habitualmente en la vagina (5).

3.4. Duchas vaginales: Algunos investigadores han encontrado que las duchas vaginales alteran la protección normal de la flora vaginal induciendo a las mujeres a desarrollar VB. Esto genera complicaciones como aumento del riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica, embarazos ectópicos, carcinoma de cuello uterino, aumento de la susceptibilidad a las ITS y reducción de fertilidad (3).

3.5. Múltiples parejas sexuales: Las relaciones heterosexuales desprotegidas representan la mayor vía de transmisión hacia la mujer. Sea donde sea, las personas

que tienen relaciones sexuales con muchos compañeros/as sin protegerse están especialmente expuestas (19).

3.6. Uso inapropiado de ropa interior: El uso de ropa ajustada, la ropa interior de material sintético o la humedad de la misma favorece la multiplicación de los hongos (19).

1.3.3. Repercusión de la ITU en la Madre y el RN

1. Repercusión Materna

1.1. Corioamnionitis: Está relacionada con la RPM y su frecuencia aumenta en la medida en que ésta se prolonga; así, hay corioamnionitis en el 3% de los casos de RPM menor de doce horas, en el 6% si han transcurrido entre doce y veinticuatro horas y en el 26% si la ruptura ha estado presente por más de veinticuatro horas (20).

1.2. Pielonefritis: La Pielonefritis aguda (PNA) es una infección urinaria que compromete el parénquima y el sistema colector renal, caracterizada clínicamente por signos generales de infección aguda. La Pielonefritis aguda durante el embarazo es una enfermedad grave que puede progresar a sepsis y parto prematuro. El diagnóstico se realiza en presencia de bacteriuria acompañada de signos o síntomas sistémicos como fiebre, escalofríos, náuseas, vómitos y dolor en los flancos. Pueden o no estar presentes síntomas de infección urinaria baja (polaquiuria, disuria). Se presenta en cerca del 2% de las mujeres embarazadas, y el 23% tendrá una recurrencia (21).

1.3. Endometritis: La endometriosis es una afección común que afecta a las mujeres durante los años reproductivos. Se produce cuando el tejido normal del revestimiento del útero, el endometrio, se adhiere a los órganos de la pelvis y comienza a crecer. Este tejido endometrial desplazado causa irritación en la pelvis que puede provocar dolor e infertilidad (22).

1.4. Insuficiencia renal: La insuficiencia renal crónica (enfermedad renal crónica) es una pérdida progresiva de la función renal que se prolonga durante meses o años, de

modo que los riñones ya no son capaces de llevar a cabo adecuadamente su cometido (23).

1.5. Enfermedad inflamatoria intrapelvica: Se conoce como enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) a la infección del tracto genital superior, incluye las distintas fases evolutivas del proceso infeccioso, así como la participación de cualquiera de sus localizaciones, la inflamación de las trompas de Falopio es la forma más común. Esta entidad puede aparecer en cualquier momento de la vida reproductiva de la mujer, pero es mucho más alto el riesgo de aparición durante la adolescencia y juventud, se acepta que en las menores de 20 años este llega a ser 3 veces mayor que en el grupo de 25 a 29 años (7).

1.6. Amenaza de Parto prematuro: La amenaza de parto pretérmino (APP) se define como la presencia de contracciones con un ritmo de 4 cada 20 minutos o de 8 en 60 minutos entre la 22 y 37 semanas de gestación. Este hecho se debe asociar al menos a una de las siguientes circunstancias: modificación progresiva del cérvix y dilatación cervical \geq a 2 cm y borramiento \geq 80%. La prevalencia del parto pretérmino es del 7-10%. Supone un 65% de muertes perinatales y la principal causa de morbilidad neonatal (4).

1.7. RPM: La rotura prematura de membranas (RPM) consiste en la pérdida de integridad de las membranas ovulares antes del inicio del parto, con la consiguiente salida de líquido amniótico y la puesta en comunicación de la cavidad amniótica con el canal endocervical y la vagina La prevalencia en gestaciones menores de 37 semanas es del 1-4 % (4, 24).

1.8. Aborto espontaneo: El término aborto espontáneo, se refiere a un embarazo que termina espontáneamente antes de la viabilidad (1). La OMS, lo define como la expulsión de un embrión o feto cuyo peso es menor a 500 g. Generalmente, este peso corresponde a las 20 - 22 semanas de gestación. Es la complicación más frecuente del embarazo inicial. Aproximadamente el 20% de los embarazos presentará algún sangrado antes de las 20 semanas, y alrededor de la mitad de éstos terminará como un aborto espontáneo (2). Se estima que 8 a 20% de los embarazos clínicamente

reconocidos bajo las 20 semanas de gestación terminarán en un aborto espontáneo; 80% de éstos ocurrirá antes de las 12 semanas (25).

1.9. Shock séptico: Consecuencia de la respuesta inflamatoria del huésped a los microorganismos (bacterias, hongos, protozoos, virus y sus toxinas. La respuesta sistémica a la infección comienza con la activación del sistema de defensa del huésped, especialmente leucocitos, monocitos y células endoteliales, que juegan un papel central en la amplificación de la cascada inflamatoria. Esta se inicia con la liberación de mediadores solubles y el factor de necrosis tumoral que activan a su vez el sistema del complemento, la vía intrínseca y extrínseca de la coagulación y la fibrinólisis entre otros (26).

2. Repercusión en el Feto.

2.1. RN con APGAR bajo: El sistema de puntuación de APGAR permite valorar la gravedad de la depresión respiratoria y neurológica en el momento del nacimiento mediante la puntuación de ciertos signos físicos. Todo recién nacido debería valorarse exactamente al min. y a los 5 min después del nacimiento para anotar ambas puntuaciones. La puntuación máxima de 10 es poco frecuente; cuanto más baja sea la puntuación, más gravemente deprimido se hallará el recién nacido (menor o igual a 3 indica una depresión grave). Las puntuaciones bajas, sobre todo a los 5 min predicen con mayor probabilidad una lesión neurológica residual o la muerte neonatal, aunque la mayoría de los recién nacidos con una puntuación baja de APGAR a los 5 min. Sobreviven y son normales. (27).

2.2. RN con bajo peso: El bajo peso al nacimiento (BPN) es un problema de salud pública mundial, que impacta sobre la mortalidad neonatal e infantil. Entre los múltiples factores asociados al BPN se han señalado las características antropométricas, nutricionales, socioculturales y demográficas de la madre; los antecedentes obstétricos y condiciones patológicas que afectan la funcionalidad y suficiencia placentaria, así como las alteraciones propiamente fetales. Las repercusiones del BPN no se confinan sólo al período neonatal inmediato o al mediano plazo, ya que el retardo en el crecimiento y desarrollo puede continuar hasta la edad adulta, e incluso manifestarse sobre su descendencia (28).

2.3. RCIU: Crecimiento fetal por debajo de su potencial para una edad gestacional dada. Desde el punto de vista práctico, es difícil determinar si esto está ocurriendo, por lo que se debe comparar el crecimiento del feto con estándares poblacionales (29).

2.4. Fetos prematuros: El parto pretérmino o prematuro es definido por la edad gestacional como un subrogado de la madurez. Es todo parto que ocurra antes de la semana 37 o antes de los 259 días posconcepcional. No se debe aproximar hacia arriba.

El paciente que tiene 36 semanas y 6/7 días es un prematuro menor de 37 semanas. A su vez la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha clasificado a los niños prematuros de acuerdo con su edad gestacional en:

- a) Prematuro general: < 37 semanas.
- b) Prematuro tardío: de la semana 34 con 0/7 días a la semana 36 con 6/7 días.
- c) Muy prematuro: aquellos nacidos antes de las 32 semanas.
- d) Extremadamente prematuro: menores de 28 semanas (30).

2.5. Sepsis neonatal: Sepsis Neonatal es una infección de la sangre que ocurre en el recién nacido durante el primer mes de vida. La infección toma diferentes nombres de acuerdo al órgano del cuerpo que mayor se ve afectado, por ejemplo la neumonía donde se ven afectados los pulmones o la meningitis donde se ven afectadas las meninges (las membranas que recubren el cerebro), son cuadros clínicos consistentes con sepsis. La infección puede ser de aparición temprana si ocurre dentro de los primeros tres días de vida o puede ser de aparición tardía si aparece después del tercer día de vida (31).

2.6. RN con deficiente desarrollo de crecimiento: Es un aumento de peso o estatura insuficiente o anormalmente lento en un niño menor de 5 años de edad. Esto simplemente puede ser normal y el niño puede superarlo con el tiempo (32).

2.7. Inseguridad emocional. La inseguridad de sí mismo es una emoción negativa y algunas características son sentimientos de inferioridad, no sentirse amado, duda de

uno mismo y miedo a la crítica. La falta de confianza en uno mismo es debido a que tenemos expectativas irreales, debido a las expectativas y opiniones de los demás (33).

2.8. Mala calidad de vida: La calidad de vida, requiere para ser evaluada, reconocer su concepto multidimensional que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, así como situación económica (34).

1.4. Justificación

En el Hospital MINSA II-2, Tarapoto se registraron durante el año 2012, 147 casos de infecciones del tracto urinario, en el 2013 se registraron 196 casos, en el año 2014 se registraron 238 casos de embarazos con ITU; este incremento de casos en dicho establecimiento de salud, indica la gran necesidad de diseñar estrategia de intervención desde antes de la concepción a fin de garantizar que el embarazo se desarrolle adecuadamente y se pueda obtener recién nacidos sanos y en óptimas condiciones.

Por todo ello, es que el presente estudio pretende identificar cuáles son los Factores que predisponen la presencia de infección urinaria en las gestante atendidas en el Hospital MINSA II-2, Tarapoto durante los meses de Julio a noviembre 2015, a fin de contar con una línea base que promueva la planificación de actividades preventivo promocionales y disminuir la incidencia de ITUs durante la gestación y por ende se disminuirá la morbimortalidad materno perinatal y se mejorará la calidad de vida de la población en estudio.

La importancia de esta investigación radica en la identificación de los factores que predisponen la presencia de infección urinaria en las gestantes atendidas en dicho nosocomio, aporte teórico que permitirá a los responsables del Ministerio de Salud, buscar alternativas y diseñar estrategias que contribuyan a la prevención y solución de este problema de salud pública.

El aporte social del estudio es que responde a las necesidades sanitarias de la Región San Martín.

1.5. Problema

¿Cuáles son los factores predisponentes a las infecciones del tracto urinario en gestantes atendidas en el servicio de alto riesgo obstétrico del Hospital MINSA II-2, Tarapoto, San Martín, julio a noviembre 2015?

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

- ✓ Determinar los factores predisponentes a las Infecciones del tracto urinario en gestantes atendidas en el servicio de alto riesgo obstétrico del Hospital MINSA II-2, Tarapoto, San Martín, julio a noviembre 2015.

2.2. Objetivos específicos

1. Conocer los factores socioculturales predisponentes a las infecciones del tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital MINSA II-2, Tarapoto.
2. Determinar los factores biológicos predisponentes a las infecciones del tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital MINSA II- 2, Tarapoto.
3. Determinar los factores sexuales predisponentes a las infecciones del tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital MINSA II- 2, Tarapoto.

2.3. Hipótesis de investigación:

La presencia de infección del tracto urinario en gestantes atendidas en el servicio de alto riesgo obstétrico del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, está asociada a: influencia negativa de factores socioculturales, alteración de los factores biológicos y sexuales.

2.4. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA
Factores predisponentes a infecciones del tracto urinario.	Conjunto de variables o determinantes que implican riesgos para desarrollar ITU en gestantes, por la colonización, invasión y multiplicación, en la vía urinaria, de microorganismos patógenos, especialmente bacterias, que habitualmente provienen de la región perineal (vía ascendente) (16)	Gestantes con itu que tienen influencia negativa de factores socioculturales, alteración de factores biológicos, y factores sexuales.	Factores socioculturales	Cultura de prácticas saludables	Buena Regular mala	Nominal
				Frecuencia de Baños en piscina o ríos.	Frecuentemente Raras veces Nunca	Ordinal
				Nivel socioeconómico.	≤ de 500 soles De 501 a 999 soles >de 1000 soles	Ordinal
				Edad.	12-19 años 20-29 años 30-45 años	Ordinal
				Desconocimiento del tema.	Si /No	Nominal
				Grado de instrucción	iletrada Primaria. secundaria Superior	Ordinal
				Dependencia económica	Esposo Esposa Ambos padres	Nominal
			Alteración de los factores biológicos	Diabetes gestacional	Si /No	Nominal
				Vaginosis o vaginitis previa	Si No	Nominal
				Multiparidad	1_2 3_4 > 5	Ordinal
Pobre ingesta líquida	< de 4 vasos al día >de 5 vasos al día	Ordinal				

				uso de espermicidas	Si /No	Nominal
				Antecedentes de ITU	Si /No	Nominal
			Factores sexuales	Inadecuada higiene personal o de su pareja.	Si /No A veces	Nominal
				Uso de jabones de tocador	Si /No A veces	Nominal
				Duchas vaginales	Si /No A veces	Nominal
				Múltiples parejas sexuales	De 1- 2 parejas De 3-43 parejas Mayor de 5 parejas	Ordinal
				Uso Inadecuado de ropa Interior	dos veces al día 1 vez al días A los 2 días o más	Ordinal
				Relaciones sexuales frecuentes	A diario. Cada tres días. Una vez por semana.	Ordinal

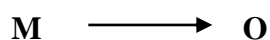
III. MATERIALES Y METODOS

3.1. Tipo de Investigación

El presente estudio fue observacional no experimental y responde al paradigma cuantitativo, prospectivo, descriptivo.

3.2. Diseño de investigación.

El tipo de diseño utilizado para alcanzar los objetivos fue el diseño descriptivo simple cuyo gráfico es el siguiente:



M= representa la muestra conformado por las gestantes del Hospital Minsa II-2 – Tarapoto

O. Información sobre los Factores socioculturales, biológicos y sexuales.

3.3. Universo, población y muestra

Universo

Estuvo conformado por todas las usuarias gestantes atendidas en el servicio de alto riesgo obstétrico del Hospital MINSA II- 2, Tarapoto, tomando como referencia la población atendida en el periodo 2014.

Población

Estuvo conformada por las usuarias gestantes atendidas en el servicio de alto riesgo obstétrico del Hospital MINSA II- 2 Tarapoto, tomado como referencia la población atendida en el periodo 2014 que fueron aproximadamente 238 usuarias.

Muestra

Para determinar la muestra se aplicó la fórmula para el cálculo del tamaño muestral, según el siguiente detalle. Se usó la fórmula de proporción con población conocida:

$$n = \frac{N Z^2 P Q}{(N-1) E^2 + Z^2 P Q}$$

$$n = \frac{(238) (1.96)^2 (0.63) (0.37)}{(297 - 1) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.28) (0.37)}$$

$$n = \frac{(238) (3.8416) (0.63) (0.37)}{(296) (0.0025) + (3.8416) (0.63) (0.37)}$$

$$n = \frac{213.1235165}{1.63548} = 130.3125177 \text{ redondeando } 130 \text{ usuarias.}$$

La muestra estuvo conformada por 130 gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Unidad de Análisis: una gestante atendida en el Hospital Minsa II-2 – Tarapoto.

3.3.1. Criterios de inclusión.

- Gestante atendida en el Hospital MINSa II-2, Tarapoto que desee participar.
- Gestante lúcida, en tiempo espacio y persona.
- Gestante procedentes de hospitalización, consultas u otros

3.3.2. Criterios de exclusión.

- Gestantes que no aceptaron participar en el estudio.

3.4. Procedimiento

- Se realizó la revisión bibliográfica y se procedió a elaborar el proyecto de investigación.
- Posteriormente se presentó a la Decanatura de la Facultad de Ciencias de la Salud para su revisión y aprobación.
- Se realizó las coordinaciones con el director del Hospital MINSa II-2 Tarapoto y se solicitó permiso para la realización de la presente investigación.

- Para la selección de cada unidad de análisis, consideró trabajar con todas las gestantes que tengan infección del tracto urinario.
- Se realizó las coordinaciones con las pacientes para solicitarles su participación.
- Se aplicó el instrumento de investigación a cada paciente, previa autorización del jefe del servicio, la misma que duró aproximadamente 20 minutos cada una.
- Posteriormente se procesó y tabuló los datos obtenidos, se realizó el análisis de resultados con el apoyo de paquetes estadísticos SPSS 23,0.
- Se elaboró el informe de investigación y se presentó a la Decanatura de la Facultad Ciencias de la Salud para su revisión, aprobación y designación del jurado.
- Posteriormente se procederá con la sustentación de la tesis.

3.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección.

Fuente.

Por ser un estudio del tipo descriptivo, se recolectó los datos de las fuentes primarias (gestantes) que después fueron ordenadas, clasificadas para el análisis que constituyan aportes estadísticos de significación que permitió explicar mejor el problema.

Técnica: Encuesta

Instrumentos: Cuestionario

El instrumento de recolección de datos fue diseñado por la autora donde se evaluó las posibles causas que ocasionan una infección del tracto urinario en las gestantes. Se elaboró un formato de investigación para recolectar los datos adecuados para obtener información sobre el problema que se investigó, el mismo que fue validado por juicio de expertos; donde se plasmó los datos que conciernen únicamente al trabajo de investigación. El cuestionario constó de 20 ítems, de preguntas: abiertas, número de secciones del instrumento que comprende datos generales, los factores socioculturales, factores biológicos y factores sexuales.

3.6. Plan de tabulación y análisis de datos:

La información obtenida fue ingresada en una base de datos en Excel 2010 y procesada usando el paquete estadístico SPSS (versión 23). Se presentan los resultados en tablas simples y gráficos. Se utilizó la estadística descriptiva como frecuencia, porcentaje,

media aritmética y rango para determinar los factores socioculturales, biológicos y sexuales en las gestantes atendidas en el área mujer del Hospital MINSA II-2, Tarapoto.

3.7. Aspectos éticas.

Considerando la parte ética de la investigación, se solicitó la autorización correspondiente al director del Hospital y a los jefes de los servicios de Obstetricia y Admisión, se hizo la presentación y explicación de la investigación, siempre resaltando que no se vulnerará la información que brinde y sólo será usada con fines de investigación.

IV. RESULTADOS

Tabla 1. Factores socioculturales predisponentes a las infecciones del tracto urinario en las gestantes atendidas en el Hospital MINSA II-2, Tarapoto.

Factores socioculturales	SI		NO		A VECES		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Cultura de prácticas saludables	63	48.5%	47	36.2%	20	15.4%	130	100%
Frecuencia de Baños en piscina o ríos.	28	21.5%	76	58.5%	26	20.0%	130	100%
Nivel socioeconómico.	10	7.7%	47	36.2%	73	56.2%	130	100%
Desconocimiento del tema.	90	69.2%	37	28.5%	3	2.3%	130	100%
Dependencia económica.	62	47.7%	19	14.6%	49	37.7%	130	100%
PROMEDIO	50.6	38.9%	45.2	34.8%	34.2	26.3%	130	100.0%

Fuente: Datos propios de la investigación

Observamos en relación a los factores socioculturales predisponentes a infección del tracto urinario que la mayoría de mujeres presenta desconocimiento del tema con 69.2% (90), seguido de la dependencia económica con 47.7% (62), sin embargo resalta como elemento favorable el hecho de que la mayoría no realiza baños en piscinas o ríos frecuentemente con 58.5% (76) y la condición del nivel socioeconómico mayor de 1000 soles como ingreso familiar con 56.2% (73).

Tabla 2. Factores biológicos predisponentes a las infecciones del tracto urinario en las gestantes atendidas en el Hospital MINSA II-2, Tarapoto.

Factores biológicos	SI		NO		A VECES		TOTAL	
	Fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Diabetes gestacional	21	16.2%	109	83.8%	0	0.0%	130	100%
Vaginosis o vaginitis previa	92	70.8%	38	29.2%	0	0.0%	130	100%
Multiparidad	54	41.5%	76	58.5%	0	0.0%	130	100%
Pobre ingesta líquida	81	62.3%	49	37.7%	0	0.0%	130	100%
Uso de espermicidas	28	21.5%	71	54.6%	31	23.8%	130	100%
Antecedentes de infección urinaria	95	73.1%	35	26.9%	0	0.0%	130	100%
PROMEDIO	61.833	42.5%	63	52.8%	6.2	4.8%	130	100.0%

Fuente: Datos propios de la investigación

Observamos en relación a los factores biológicos predisponentes a infección del tracto urinario que la mayoría de mujeres presenta antecedentes de infección urinaria con 73.1% (95), seguido de la vaginosis o vaginitis previa con 70.8% (92), seguido de la pobre ingesta líquida con 62.3% (81), sin embargo resaltan como elemento favorable el hecho de que la mayoría no presenta diabetes gestacional con 83.8% (109), seguido de no uso de espermicidas con 54.6% (71) y la multiparidad con 58.5% (76).

Tabla 3: Factores sexuales predisponentes a las infecciones del tracto urinario en las gestantes atendidas en el Hospital MINSA II-2, Tarapoto.

Factores sexuales	SI		NO		A VECES		TOTAL	
	fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%
Inadecuada higiene personal o de su pareja	31	23.8%	65	50.0%	34	26.2%	130	100%
Uso de jabones de tocador	67	51.5%	39	30.0%	24	18.5%	130	100%
Duchas vaginales	35	26.9%	65	50.0%	30	23.1%	130	100%
Múltiples parejas sexuales	68	52.3%	50	38.5%	12	9.2%	130	100%
uso inadecuado de ropa interior	86	66.2%	42	32.3%	2	1.5%	130	100%
Relaciones sexuales frecuentes	27	20.8%	53	40.8%	50	38.5%	130	100%
PROMEDIO	52.33	44.2%	52.33	40.2%	20.4	15.7%	130	100.0%

Fuente: Datos propios de la investigación

Observamos en relación a los factores sexuales predisponentes a infección del tracto urinario es que la mayoría de mujeres presenta uso inadecuado de ropa interior con 66.2% (86), seguido de múltiples pajaras sexuales con 52.3% (68) y del uso de jabones de tocador con 51.5% (67), sin embargo resalta como elementos favorables el hecho de que la mayoría tiene inadecuada higiene personal y de su pareja y no duchas vaginales con 50% (65), respectivamente.

Tabla 4. Factores predisponentes a las Infecciones del tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital MINSA II-2, Tarapoto. En el periodo de Julio – Noviembre 2015.

Factores predisponentes	Infecciones del tracto urinario							
	SI		NO		A VECES		TOTAL	
	Fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Sociocultural	51	38.9%	45.2	34.8%	34.2	26.3%	130	100%
Biológico	62	42.5%	63	52.8%	6.2	4.8%	130	100%
Sexual	52	44.2%	52.3	40.2%	20.4	15.7%	130	100.0%
PROMEDIO	54.9	41.8%	53.5	42.6%	20.2	15.6%	130	100.0%

Fuente: Datos propios de la investigación

Observamos en relación a los factores predisponentes a infección del tracto urinario que resaltan los factores sexuales con 44.2% (52), seguido de los factores biológicos 42.5% (62) y los factores socioculturales con 38.9% (51), siendo el promedio para los tres factores de 41.8% (54.9).

V. DISCUSIÓN

Las infecciones del tracto urinario son favorecidas por los cambios morfológicos y funcionales del embarazo, la infección conduce a complicaciones como el parto pretérmino y de bajo peso al nacimiento. Se debe detectar mediante el examen clínico o exámenes auxiliares como urocultivo (otros métodos no son suficientemente eficaces) y tratar precozmente. Por lo tanto se debe valorar los riesgos y la eficacia de las distintas pautas medicamentosas eficaz y segura para el tratamiento ya que se constituye en la razón más frecuente de hospitalización por causa obstétrica en la embarazada y puede complicarse en el 10% de los casos, poniendo en riesgo la vida fetal y la materna. Sin embargo la salud de la gestante no puede asegurarse si no se hace un adecuado seguimiento de las gestantes con infección del tracto urinario (ITU) por las frecuentes recurrencias que pueden ocurrir y alterar la vida de la madre y su niño por nacer.

En el presente estudio se analizaron los factores socioeconómicos, biológicos y sexuales de la mujer embarazada relacionados al ITU, donde resaltan como factores socioculturales predisponentes a infección del tracto urinario, el desconocimiento del tema en 69.2%, seguido de la dependencia económica con 47.7%, sin embargo se resalta como elemento favorable que no realiza baños en piscinas o ríos frecuentemente en 58.5% y el nivel socioeconómico mayor de 1000 soles como ingreso familiar en 56.2%.

Entre los factores biológico predisponentes a las infecciones del tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto, resaltan antecedentes de infección urinaria con 73.1%, la vaginosis o vaginitis previa con 70.8%, la pobre ingesta de líquido con 62.3%, y resaltan como elementos favorables el hecho de que no presenta diabetes gestacional con 83.8%, el no uso de espermicidas con 54.6% y la no multiparidad con 58.5%.

Además entre los factores sexuales predisponentes a las infecciones del tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital MINSA II-2, Tarapoto tenemos, uso inadecuado de ropa interior con 66.2%, múltiples pajas sexuales con 52.3% y uso de jabones de tocador con 51.5%, sin embargo como elementos favorables el hecho de que la mayoría

tiene inadecuada higiene personal y de su pareja y no duchas vaginales con 50%, respectivamente.

En general entre los factores predisponentes a las infecciones del tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital MINSA II-2, Tarapoto, periodo Julio – Noviembre 2015 resaltan los factores sexuales con 44.2%, seguido de los factores biológicos 42.5% y los factores socioculturales con 38.9%, siendo el promedio para los tres factores de 41.8%.

Resultados que se relacionan con lo encontrado por Cristóbal M. (2011), quien reportó un total de casos estudiados de 937 de los cuales 76,51% eran amas de casa y de estas el 32,11% tenían edad entre 20 a 25 años, solo el 15,09% trabajaba. El 44% eran solteras y el 38% unidas. El 46% nulíparas. El 69,6% tuvo mal control prenatal y de los urocultivos realizados el 70,9% fue positivo en su mayoría a Escherichia Coli. También se relaciona con Meza L. (2013) quien reportó que de los ingresos que fueron 254 el 78% fueron embarazadas con IVU, el 22% fueron adolescentes embarazadas con dicha patología, 58% de las adolescentes tuvieron 15-17 años, seguido de un 29% entre los 18-19 años de edad, según nivel socioeconómico demuestra que la IVU en embarazadas adolescentes se presenta con mayor frecuencia en un nivel socioeconómico bajo con un 73% del total de gestantes, un 33% secundaria incompleta y secundaria completa de 54%, en cuanto a la población con Embarazo en Adolescencia más IVU se presentan en mayor frecuencia 69% en las pacientes primigestas y un restante del 31% en multíparas, en cuanto al factor de riesgo que más predomina para que una paciente embarazada adolescente presente IVU son las infecciones urinarias recurrentes en un 55% seguido de las infecciones vaginales en un 27.%, las relaciones sexuales en un 9%, las anemias el 7% y otras causas 2%.

Además se relaciona con Silva C, Pico J. (2011), quienes encontraron que una edad entre 14 y 39 años de edad, con edad promedio de 21,77 años. De los datos consignados 53,5% gestantes son solteras, evidenció que 56,3% gestantes pertenecen al estrato 2, 23,3% gestantes registraron ITU en el 1er trimestre, 47,9% en el 2do trimestre y 28,8% en el tercer trimestre. Del total de los casos analizados, se evidenció que 2,3% registraron uroanálisis normal, 94,4% presentaron uroanálisis patológico y 3,3% presentaron uroanálisis contaminado. Además evidenció 38,6% no registraron

urocultivo, 34% presentaron urocultivo positivo y 27,4% presentaron urocultivo negativo, siendo el ítem más frecuente en donde no se registró urocultivo positivo. Igualmente se relaciona con Ugalde D, Hernández M, Ruiz M, Villarreal. E. (2011), 35 adolescentes con parto pretérmino y 148 con parto a término, de las adolescentes con parto pretermo el 54,3% presentaron infección de vías urinarias, mientras que solo 33,8% de estas presentaron parto a término ($p=0,02$). El 57,1% de las adolescentes con parto pretermo presentaron infección vaginal en comparación con 35,1% de las de parto a término ($p=0,01$).

A su vez se relacionan con Tumbaco A, Martínez L. (2013), quienes encontraron que las usuarias con infecciones urinarias el 43,65% son mujeres jóvenes de 20 a 29 años de edad que tienen vida sexual activa, el grado de conocimiento de infecciones de vías urinarias fue 87,32 % pero pudimos identificar que no es así realmente el nivel de conocimiento es bajo ya que el 67.61% no saben cuáles son sus síntomas. En el factor sociocultural el 72,54% no se asean adecuadamente y su higiene es incorrecta. En el aspecto económico el ingreso familiar de las usuarias es bajo por tal motivo el 50 % de ellas han abandonado el tratamiento por falta de dinero. También se relaciona con Velarde M. (2012), quien reporto grupo etario de 25 a 34 años representa casi un tercio del total de casos (38%) con ITU, Asimismo, se encontró una $p = >0,05$, afirmando que la ITU no se asocia al grupo etario materno, según la ocupación, ama de casa representa dos cuartas partes de casos (55%) con infecciones del tracto urinario, mientras que las gestantes dedicadas al estudio presentaron menos de la décima parte (4%) y más de la décima parte (12%) se dedican solo a trabajar, con la prueba estadística los grupos son comparables respecto a la variable ITU ($p=>0,05$), indicando que ITU no se asocia a la ocupación; la secundaria completa presentaron la cuarta parte (25%) infección urinaria, con primaria completa menos de la quinta parte (19 %) presentaron infección urinaria, con secundaria incompleta presentaron un poco más de la décima parte (11 %). con superior no universitario completo presentaron menos de la quinceava parte (3 %) y finalmente con mucho menos de la décima parte (1%) estudiaron superior no universitario incompleto; estado civil conviviente representa casi las dos cuartas partes de casos (52%) con ITU, mientras que las gestantes casadas presentaron casi la octava parte (13%) y menos de la décima parte (6%) son solteras; según el periodo intergenésico (no aplica) más de la tercera parte de casos (23%) con ITU, mientras que

las gestantes con periodo intergenésico corto presentaron la sexta parte (13%), más de la décima parte (16%) presentan periodo intergenésico largo.

Así mismo se relaciona con Campos T, Canhucaja L, Gutarra R. (2004), quienes determinaron que la mayor proporción de gestantes procedía del Callao, con grado de instrucción secundaria, ama de casa, conviviente o casada y múltipara. Estas características fueron significativamente mayores en casos que en controles. Así mismo, la frecuencia del factor de riesgo conductual reprimir la orina fue significativamente mayor en los casos que en los controles ($p < 0,001$), al igual que el factor de riesgo conductual relación sexual diario ($p = 0,002$); el factor de riesgo higiene personal menor de 6 veces por semana tuvo $p = 0,023$. Sin embargo, estas frecuencias mayores también se observó con el uso de sonda vesical ($p < 0,001$). Los otros factores tuvieron proporción similar tanto en casos como controles. Conductual reprimir la micción y la bacteriuria asintomática, ORcrudo 3,694 (IC 95%: 2,556 a 5,356). También hubo asociación de la edad, la procedencia, el grado de instrucción, estado civil, la ocupación, paridad y el uso de sonda vesical con los casos de bacteriuria asintomática. Igualmente se relaciona con Amasifuen LI, Ruiz N. (2012), quienes encontraron que la incidencia ITU en la población mestiza fue el 63% y de la población nativa Quechua el 37%. Un 73.53% en las gestantes mestizas y con un 55% en las gestantes nativas Quechua se encontraron entre las edades de 20-34 años. Nivel educativo de gestante mestiza con 47.06% estudios de nivel secundaria; mientras en las nativas Quechua el 50% solo alcanzan el nivel de educación primaria. El estado civil en las gestantes mestizas es conviviente con 58.82% al igual que las nativas Quechua el 65%.

Por lo mencionado podemos deducir que los factores socioeconómicos, biológicos y sexuales son los principales factores predisponentes de la ITU, independientemente de la raza, el grado de instrucción, la paridad, la condición social, ya que como elementos importantes esta la conducta de las mujeres de contener la orina lo más que puedan, o no realizar una adecuada higiene de sus genitales o como condición previa o después de tener actividad sexual lo que conduce a condiciones desfavorables para ella y la pareja. Así mismo según lo hallado y revisado de los estudios podemos resaltar que a menor edad de la mujer, a mayor grado de instrucción y a menor paridad encontramos mayor ITU condición posiblemente relacionada a las conductas de las mujeres y poca capacidad para identificar el problema de ITU. Sin embargo de los tres tipos de factores

podemos mencionar que el factor sexual es el más vinculante ya que esta relacionados con los genitales y tiene relación directa con la uretra que es el elemento que favorece el ascenso de los micororganismos para la contaminación. Todo ello además predisponen a complicaciones de la madre y del neonato generando mayor morbilidad y mortalidad materna perinatal.

VI. CONCLUSIONES

1. Los factores socioculturales predisponentes a infección del tracto urinario fueron: el desconocimiento del tema 69.2% y la dependencia económica 47.7%, como elemento favorable están el hecho de que no realizan baños en piscinas o ríos frecuentemente 58.5%.
2. Los factores biológicos predisponentes a infección del tracto urinario fueron: antecedentes de infección urinaria 73.1%, vaginosis o vaginitis previa 70.8%, pobre ingesta líquido 62.3%, como elementos favorables tenemos el hecho de que no presenta diabetes gestacional 83.8%, seguido de no uso de espermicidas 54.6%, y la multiparidad 58.5%.
3. Los factores sexuales predisponentes a infección del tracto urinario fueron: uso inadecuado de ropa interior 66.2%, múltiples pajaras sexuales 52.3% y el uso de jabones de tocador 51.5%, como elementos favorables están él no tiene inadecuada higiene personal y de su pareja y no duchas vaginales con 50%.
4. Los factores predisponentes en general a infección del tracto urinario resaltan los factores sexuales con 44.2%, seguido de los factores biológicos 42.5%.

VII. RECOMENDACIONES

- Al personal de salud obstetras y médicos, incorporar a la historia clínica una ficha que permita evaluar en la gestante los factores predisponentes a infección del tracto urinario.
- Al personal de salud obstetras y médicos, educar a la gestante durante la atención prenatal o en la hospitalización sobre los factores biológicos predisponentes a infección del tracto urinario enfatizando los antecedentes de infección urinaria, vaginosis o vaginitis previa y pobre ingesta líquido.
- Al personal de salud obstetras y médicos, fomentar en las gestantes la sexualidad saludable, resaltando principalmente los factores sexuales como uso inadecuado de ropa interior, seguido de múltiples pajeras sexuales, y el uso de jabones de tocador.
- Al personal de salud en general y a las entidades formadores de personal de salud, tomar conocimiento, difundir los resultados del estudio y fomentar el seguimiento a los factores relacionados con la infección del tracto urinario.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Garzón J, Guamán M. Infección de Vías Urinarias en Mujeres Embarazadas pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso. 2009. [Tesis para la obtención del título de Bioquímica y Farmacia]. Universidad de Cauca. (Disponible en la web): <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2473/1/tq1004.pdf>; recuperado el 26 de febrero de 2015).
2. Vallejos C, Vallejos M, López R, Enríquez M, Ramírez B. Prevalencia de infecciones de vías urinarias en embarazadas atendidas en el Hospital Universitario de Puebla. 2010. [artículo]. Hospital Universitario de Puebla. (Disponible en la web): <http://www.medigraphic.com/pdfs/micro/ei-2010/ei104b.pdf>.
3. Tol C. Infección del tracto urinario en la amenaza del parto prematuro. 2014. [Tesis Presentada ante las Autoridades de la Escuela de estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas Maestría en Ginecología y Obstetricia Para obtener el Grado de Maestro en Ciencias en Ginecología y Obstetricia]. Universidad de san Carlos de Guatemala. Disponible en la web: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9322.pdf.
4. Meza L. “Complicaciones y frecuencia de las infecciones de vías urinarias en adolescentes embarazadas” a realizarse en el hospital gineco-obstétrico “enrique c. Sotomayor “. Septiembre del 2012 a febrero del 2013. [Tesis previa a la obtención del título de obstetra]. Universidad estatal de Guayaquil. Disponible en la web: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1868/1/TESIS%20LIZBETH%20MEZA%20PDF.pdf>. Recuperado 27-02-2015.
5. Silva C, Pico J. Complicaciones obstétricas asociadas a infección de vías urinarias en mujeres embarazadas atendidas en el servicio gineco-obstétrico del hospital de bosa ii nivel. Durante el 01 de enero del 2010 al 30 diciembre del 2011. [Proyecto]. (Disponible en la web): <http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/bitstream/11158/125/1/203378.pdf>
Recuperado 27-02-2015
6. Ugalde D. Hernández, M. Ruiz, M. Villarreal, E. Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para parto pretérmino en adolescentes. 2012. [REV CHIL OBSTET GINECOL 2012; 77(5): 338 - 341]. Disponible en la web: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v77n5/art03.pdf>.

7. Tumbaco A, Martínez L. Factores de riesgo que influyen en la predisposición de infecciones urinarias en mujeres 15 – 49 años que acuden al subcentro virgen del Carmen del cantón la libertad. 2012-2013. [trabajo de titulación previo a la obtención del título de: licenciada en enfermería]. Universidad estatal península de santa Elena. Disponible en la web: <http://repositorio.upse.edu.ec:8080/bitstream/123456789/1003/1/TESIS%20INFECCIONES%20%20URINARIAS.pdf>. Recuperado el 01-03 del 2015
8. Velarde M. Factores socio reproductivos asociados a la infección del tracto urinario en gestantes atendidas en el puesto de salud 5 de noviembre de Tacna. 2012. [trabajo Para optar el Título Profesional de: Licenciada en obstetricia]. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann-Tacna. Disponible en la web: (file:///C:/Users/Merita/Desktop/Downloads/64-227-1-PB%20(2).pdf). Recuperado 11-02-2015.
9. Campos T, Canchucaya L, Gutarra R. Factores de riesgo conductual para bacteriuria asintomática en gestantes. [Artículo original]. Disponible en la web: (file:///C:/Users/Merita/Desktop/Downloads/64-227-1-PB%20(1).pdf) recuperado 27-02-2015.
10. Amasifuen Ll, Ruíz N. Diagnóstico presuntivo de infección del tracto urinario y complicaciones más frecuentes en gestantes de Población Mestiza y Nativa Quechua de la Ciudad de Lamas, junio – Setiembre 2012. [Tesis para obtener el título profesional de obstetra]. Universidad Nacional de San Martín. Disponible en la web: (http://portal.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyector/archivo_109_Binder1.pdf). Recuperado 27-02-2015.
11. Cavagnaro F. Infección urinaria en la infancia. 2005. Rev [Chil Infect 2005; 22 (2): 161-168]. Departamento de Pediatría. Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. Disponible en la web: <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v22n2/art07.pdf>. Recuperado 28-02-2015.
12. Vallejos C, López M, Enríquez M, Ramírez B. Prevalencia de infecciones de vías urinarias en embarazadas atendidas en el Hospital Universitario de Puebla. 2011. [artículo original]. Universitario de Puebla. Disponible en la web: file:///C:/Users/Merita/Desktop/Downloads/236357695-Diagnostico-Presuntivo-de-Infeccion-Del-Tracto-Urinario-y-Complicaciones-Mas-Frecuentes-en-Gestantes.pdf. 08-02-15.

13. Ascencio, J, Arévalo, M, Galarza L, Hernández Z. Frecuencia de infección de vías urinarias en mujeres embarazadas que asisten en el hospital de bosa en el periodo comprendido entre enero de 2011 y enero de 2012. [Proyecto de investigación Bogotá, DC 2012]. Universidad de ciencias aplicadas y ambientales. Disponible en la Web (<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/820/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-46.pdf>)
14. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud Vol. 29–Nº 2-2005. [Revista]. Disponible en la web: (http://www.mssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29_2InfecUrinariaEmbarazo.pdf). Recuperado 28-02-2015
15. Yomayusa, N. Altahona, H. Pielonefritis agudo. [Artículo] Clínica Reina Sofía Bogotá. Disponible en la web: http://www.aibarra.org/apuntes/criticos/guias/infeciosos/pielonefritis_aguda.pdf Recuperado 27-02-2015.
16. Pineda V. incidencia de infecciones de vías urinarias en mujeres embarazadas entre 20 a 45 años de edad que asistieren al subcentro salud nuevos horizontes. En el año 2011. [Tesis de grado previo a la obtención del título de licenciatura enfermería]. Universidad técnica de Machala. Disponible en la web: [file:///C:/Users/Merita/Desktop/Downloads/156%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Merita/Desktop/Downloads/156%20(1).pdf). Recuperado 27/02/15.
17. Potencian J, Carmona O, Pradella R, Potenziani S. mujeres con infecciones urinarias recurrentes: factores predisponentes en ambos integrantes de la pareja. Nuevo enfoque diagnóstico. [Artículo]. Disponible en la web: http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/97/1/TL_Mestanza_Diaz_Milagros.pdf Recuperado 22/02/15.
18. Infecciones urinarias en la mujer, 03 de enero de 2013. <http://redsalud.uc.cl/ucchristus/MS/RevistaSaludUC/Nosotras/infeccionesurinariasct>. Recuperado 27/02/15.
19. Martínez M. Sistema Nacional de Salud Vol. 28–Nº 6-2004. [Revista]. Disponible en la web: <http://www.msc.es/farmacia/infmedic> Recuperado 01-03 del 2015
20. Vallejos C, López M, Enríquez M, Ramírez B. Prevalencia de infecciones de vías urinarias en embarazadas atendidas en el Hospital Universitario de Puebla. 2011. [artículo original]. Universitario de Puebla. Disponible en la web: <file:///C:/Users/Merita/Desktop/Downloads/236357695-Diagnostico-Presuntivo-de>

Infeccion-Del-Tracto-Urinario-y-Complicaciones-Mas-Frecuentes-en-Gestantes.pdf. Recuperado 08-02-15.

21. Echevarría J, Sarmiento E, Azores F. Infección del tracto urinario y manejo antibiótico. 2006. [Acta Med Per. 23(1) 2006]. Disponible en la web: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/64/57>
22. Infecciones del tracto genitourinario alto y bajo, actualizaciones epidemiológicas y de tratamiento, actualidad internacional y en panamá. [Revista]. <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/urologweb236.htm>. Recuperado 03-02-2015
23. Mendoza J. Riesgo de endometritis posparto asociado a vaginitis/vaginosis tratada. 2009. [Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Ginecología y Obstetricia]. Universidad colegio mayor de nuestra señora del rosario. Disponible en la web: <http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/bitstream/11158/125/1/203378.pdf>. Recuperado 27-02-2015
24. American society for reproductive medicine 1209 moontgomery highway Birmingham, Alabama 35216-2809. 2013. [Guia Para paciente]. v disponible en la web: <http://redsalud.uc.cl/ucchristus/MS/RevistaSaludUC/Nosotras/infeccionesurinariasct>. Recuperado. 27-02-2015
25. Herráiz M, Hernández A, Asenjo E, Herráiz I. Infección del tracto urinario en la embarazada. [Articulo]. Disponible en la web: <http://www.elsevier.es/en-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-resumen-urinary-tract-infection-in-pregnancy-13091447>. Recuperado.27/02/15.
26. Bataglia B, Rojas G, Ayala J. Prevención y manejo de la infección puerperal. [REVISTA. VOL.552 N 3 julio-setiembre 2006.] Disponible en la web: http://redsalud.uc.cl/ucchristus/MS/RevistaSaludUC/Nosotras/infecciones_urinarias.act. Recuperado el 01-03 del 2015
27. Mendoza J. Riesgo de endometritis posparto asociado a vaginitis/vaginosis tratada. 2009. [Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Ginecología y Obstetricia]. Universidad colegio mayor de nuestra señora del rosario. Disponible en la web: <http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/bitstream/11158/125/1/203378.pdf>. Recuperado 27-02-2015

28. Chávez N, Molina H, Sánchez J, Gelaye B. Rev. Perú Med. Exp Salud Publica. 2009. Disponible en la web: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n3/a06v26n3.pdf>. Recuperado 27-02-2015
29. American society for reproductive medicine 1209 moontgomery highway Birmingham, Alabama 35216-2809. 2013. [Guia Para paciente]. disponible en la web: <http://redsalud.uc.cl/ucchristus/MS/RevistaSaludUC/Nosotras/infeccionesurinariasct>. Recuperado. 27-02-2015
30. Peláez J. Enfermedad inflamatoria pélvica y adolescencia. 2012. [Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia 2012;38(1):64-79]. Disponible en la web: <http://redsalud.uc.cl/ucchristus/MS/RevistaSaludUC/Nosotras/infeccionesurinariasct>. Recuperado. 27-02-2015
31. Choa A, Pérez J. Amenaza de parto prematuro. Rotura prematura de membranas Corioamnionitis. 2009. [revista] Disponible en la web: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia3.pdf> . Recuperado. 27-02-2015
32. FLASOG. Guía Clínica de Ruptura Prematura de Membranas. GC. 2011: No 1. [Revista]. Disponible en la web: (<http://www.sogiba.org.ar/novedades/GC1RPM.pdf> Recuperado. 27-02-2015.
33. Rev. Chil. Obst. ginecol. v.73 n.2 Santiago 2008. Disponible en la web: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v73n2/art02.pdf> Recuperado. 27-02-2015.
34. Palencia A. Pediatra neonatología UIS - universidad de Antioquia – umng. Disponible en la web. http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_9_vin_4/Precop_9-4-B.pdf. Recuperado el 27-02-2015

IX. ANEXOS

Anexo N° 01: Instrumento de recolección de datos

Universidad Nacional de San Martín Tarapoto

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

Estudio: “Infecciones del tracto urinario en gestantes atendidas en el servicio de alto riesgo obstétrico del Hospital MINSA II-2, Tarapoto – San Martín, julio– noviembre 2015”.

Objetivo: Conocer los factores predisponentes de la ITU en gestantes.

Instrucciones: La información obtenida en este cuestionario es estrictamente **confidencial** y únicamente será empleada para los fines de la investigación. Agradecemos su colaboración y veracidad en las respuestas. Para responder este cuestionario solo marcará una de las siguientes alternativas:

I. Datos generales:

Fecha:..... Hora:..... Edad:.....

Grado de instrucción

- a. Ilustrada () b. Primaria () c. Secundaria ()
d. Superior ()

Estado civil.

- a. casada () b. soltera () c. conviviente ()

Procedencia (lugar donde vive):

- a. Urbano () b. rural () c. periurbano ()

II. FACTORES SOCIOCULTURALES

1. Cultura de prácticas saludables.

1.1. ¿durante la regla (menstruación) aparte de bañarse, realiza el lavado de sus partes íntimas?

- a. si () b. no () c. a veces ()

1.2. ¿Cuántas veces al día se cambia las toallas higiénicas?

- a. 1 a 2 veces () b. 3 a 4 veces () c. > de 5 veces ()

1.3. ¿después de hacer la caquita realiza su limpieza con la técnica adecuada (de adelante hacia atrás)?

- a. si (). b. no (). c. a veces ().

2. Frecuencia de baños en piscina o ríos.

2.1 usted suele acudir a las piscinas o ríos.

- a. Frecuentemente (). b. Raras veces (). c. Nunca ().

3. Nivel socioeconómico.

3.1. El ingreso económico en su hogar es:

- a. menor de 500 soles (). b. De 501 a 999soles (). c. mayor de 1000 soles ().

4. Desconocimiento del tema.

4.1. Conoce los síntomas y signos de una infección urinaria.

- a. si (). b. no ().

4.2. Si la respuesta anterior es sí ¿menciónelos cuáles son?

.....

5. Dependencia económica.

5.1. ¿Quién paga los gastos en casa?

- a. esposo (). b. esposa (). c. ambos (). d. padres ().

II. FACTORES BIOLÓGICOS.

6. Diabetes gestacional.

6.1. ¿Usted tiene diabetes o ha tenido antecedentes durante su embarazo?

- a. si (). b. no ().

7. Vaginitis o vaginitis previa

7.1. Usted ha tenido alguna infección vaginal antes de su embarazo (flujo vaginal).

- a. si (). b. no ().

7.2. ¿Ha recibido tratamiento?

- a. si (). b. no ().

7.3. ¿Actualmente tiene usted infección vaginal?

- a. si (). b. no ().

8. Multiparidad

8.1. Número de hijos incluyendo en actual.

- a. 1-2 (). b. 3-4 (). c. >5 ().

9. Pobre ingesta líquida

9.1. Número de vasos de agua que consume al día.

- a. < de 4 vasos de agua (). b. >de 5 vasos de agua ().

10. Uso de espermicidas

10.1. ¿usted utiliza métodos anticonceptivos en tabletas o cremas vaginales?

- a. si (). b. no (). c. a veces ().

11. Antecedentes de infección urinaria.

11.1. ¿Usted ha tenido infección urinaria antes de su embarazo?

- a. si (). b. no ().

11.2. Actualmente tiene infección urinaria?

- a. si (). b. no ().

III. FACTORES SEXUALES**12. Inadecuada higiene personal o de su pareja.**

12.1. ¿Usted y su pareja realizan el lavado de manos y sus partes genitales **antes** de tener relaciones coitales?

- a. si () b. no () c. a veces ()

12.2. ¿Usted y su pareja realizan el lavado de sus partes genitales **después** de tener relaciones coitales?

- a. si () b. no () c. a veces ()

13. Uso de jabones de tocador.

13.1. Utiliza usted jabones de tocador para el lavado de sus partes íntimas.

- a. si () b. no () c. a veces ()

14. Duchas vaginales

14.1. ¿Realiza usted lavados dentro de la vagina?

- a. si (). b. no (). c. a veces ()

15. Múltiples parejas sexuales

15.1. Con cuantas parejas usted ha tenido relaciones sexuales.

- a. 1-2 parejas (). b. 3-4 parejas (). c. >de 4

16. Uso Inapropiado de ropa Interior

16.1 Cuantas veces usted se cambia su ropa interior.

- a. dos veces al día (). b. 1 vez al días (). c. A los 2 días o más. ().

17. relaciones sexuales frecuentes

17.1. Numero de relaciones sexuales a la semana.

- a. Diario (). b. Cada tres días (). c. Una vez por semana. ().