

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA



INFECCIONES URINARIAS Y AMENAZA DE PARTO
PRETÉRMINO EN GESTANTES. CENTRO DE SALUD MATERNO
INFANTIL BAÑOS DEL INCA-2016.

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:

Bachiller en Enfermería: Gonzales Tello, Jackelinne Leonora.

ASESORA:

Dra. Sara Palacios Sánchez.

Cajamarca, Perú

2017

**COPYRIGHT © 2017 by
JACKELINNE LEONORA GONZALES TELLO
Todos los derechos reservados.**

DEDICATORIA

A Dios, mi Salvador y Padre, porque en él encontré la razón de mi vida, una nueva esperanza, la fuerza para seguir luchando y esa paz que sobrepasa todo entendimiento.

A mis padres, hermanos, y a una persona especial en mi vida por su cariño, amor y sobre todo sus constantes apoyos y ánimos para que hoy pueda concluir una etapa más de mi formación integral.

AGRADECIMIENTO

A los docentes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca, quienes durante los 5 años de formación académica me brindaron enseñanzas y apoyo incondicional para el logro de un desarrollo profesional y nos inculcaron valores ético - morales los cuales son requisitos indispensables para desarrollarme como una buena persona y buena profesional en la sociedad.

Un especial agradecimiento a la Dra. Sara Palacios Sánchez, por haberme guiado como asesora durante esta investigación y brindado su valioso tiempo y conocimientos que fueron fundamentales para poder llevar a cabo el desarrollo de la presente Tesis.

La Autora.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN 2

1. Formulación del Problema 6

2. Objetivos: General y específicos 7

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

1.1 Antecedentes del Estudio 8

1.2 Bases Teóricas 13

1.3 Bases Conceptuales 18

- Glosario de Términos 33

1.4 Hipótesis de Investigación 35

1.5 Variables de Estudio 35

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Tipo de Estudio 36

2.2 Diseño de Estudio 36

2.3 Ámbito de Estudio 36

2.4 Población y Muestra 37

2.5 Unidad de Análisis 37

2.6 Criterios de Inclusión 37

2.7 Métodos y Técnicas de Recolección 38

2.8 Procesamiento y Análisis de Datos	40
---------------------------------------	----

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

3.1 Descripción, Análisis y Discusión de Resultados	41
---	----

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones	61
------------------	----

4.2. Recomendaciones	62
----------------------	----

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo, determinar la relación de los factores causales de las infecciones urinarias y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca-2016. Estudio analítico-correlacional de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 58 historias clínicas de gestantes atendidas en el servicio de Emergencia. Se utilizó una ficha de recolección de datos y se trabajó con un grupo focal de 10 gestantes, como técnica complementaria para obtener información adicional necesaria para el análisis y discusión de los resultados del estudio. Resultados: la mayoría de gestantes tenían entre 20-29 años, presentaron amenaza de parto pretérmino y tuvieron infecciones urinarias en el segundo trimestre de gestación; tienen primaria incompleta; son convivientes, residen en zona rural, usaron ampollas anticonceptivas, son amas de casa, tuvieron un episodio de infección urinaria durante el embarazo y recibieron tratamiento médico; la cuarta parte han tenido antecedentes de cirugías abdominales previas al embarazo y tenían menos de 6 controles prenatales. Concluyéndose que existe una relación significativa entre las infecciones urinarias y la amenaza de parto pretérmino, cuyo p-valor fue $<0,005$.

Palabras claves: Infección urinaria, Amenaza de parto pretérmino, gestante.

ABSTRACT

The investigation has as an object to determinate the relationship between urinary infection and preterm childbirth menace in gestan attended in the Child Maternal Centre of Baños del Inca-2016. Analytic studies correctional and transversal cut. The tests was assisted by 58 clinical charts of gestants atended in emergency service. A recollection data format as used, and a focal group used was 10 members as an complementary technique which to get additional information necessary for analisis y target discussion about test results. Results: the most gestants had between 20-29 years old, presented threat of preterm birth, had urinary infections in the second semester of pregnancy, had incomplete elementary school, are cohabiting, residing from rural zones, used anticonceptipve shots, they were housewife's, had an episode of with urinary infection during pregnancy and they receive with medical treatment; almost than a quarter with previous surgery and had six pre natal controls. Concluding: there's a significance between the urinary infections results and preterm childbirth miscarriage, waits value was-0.005.

Keywords: Urinary infection, Preterm childbirth miscarriages, Gestant.

INTRODUCCIÓN

La salud de la mujer gestante constituye una de las prioridades de la autoridad de salud a nivel nacional, centrandose su atención en aquellos problemas y/o complicaciones que se pueden presentar y que pone en alto riesgo la vida de la madre y del nuevo ser en proceso de formación y uno de los problemas frecuentes es el parto prematuro que en el Perú, el 6,5% nació Pretérmino (< 37 semanas) durante el 2015. La prematuridad es una de las principales causas de mortalidad en menores de cinco años y las regiones de Piura, La Libertad, Tumbes, Lambayeque, Cajamarca, Callao, San Martín, Ucayali y Apurímac, presentan porcentajes alrededor del 6%. (1)

Se conoce que el parto prematuro o pretérmino según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es aquel que se produce antes de las 37 semanas de gestación, tiene un carácter multifactorial, puesto que en su ocurrencia intervienen enfermedades maternas, embarazos múltiples, infecciones urinarias, estilos de vida y diferentes situaciones sociales, elementos básicos en su génesis (2) sobresaliendo entre ellas la infección del tracto urinario la cual en nuestro medio alcanza cifras elevadas y que de ser tratadas en el momento oportuno, disminuiría la frecuencia de parto pretérmino y las complicaciones que debido a estas se podrían originar (3)

Según la OMS (2015), cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, ésta cifra está aumentando. La prematuridad como principal causa de defunción en los niños menores de 5 años, provocó en el 2013 cerca de un millón de muertes. Tres cuartas partes de esas muertes podrían evitarse con intervenciones actuales, eficaces y poco costosas, incluso sin necesidad de recurrir a servicios de cuidados intensivos. (4)

La tasa de nacimientos prematuros oscila entre el 5% y el 18% de los recién nacidos. Si bien más del 60% de los nacimientos prematuros se producen en África y Asia meridional, se trata de un verdadero problema mundial. En los países de ingresos bajos, 12% de los niños nacen antes de tiempo, frente al 9% en los países de ingresos más altos. Muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos. En el Instituto Materno Perinatal, 65% de las muertes neonatales, excluidas las malformaciones congénitas, se debe al nacimiento de niños pretérminos. Este problema se magnifica cuando observamos que la morbilidad neonatal y sus secuelas, habitualmente neurológicas, alcanzan cifras entre 15 y 50% de los que sobreviven.

La incidencia del parto pretérmino en países industrializados como: Estados Unidos, Japón y en Suecia es de 7.2%, 4.1% y 3.6% respectivamente con nacimientos prematuros que contribuyen de 69 a 83% de las muertes neonatales, cabe mencionar que en América Latina, tenemos 4.6% en Chile, 14.8% en Brasil y 12.9% en Colombia (5).

Las infecciones de las vías urinarias son causadas por bacterias que invaden el aparato urinario. Teóricamente la orina podría infectarse por 3 vías: ascendente, descendente y por contigüidad. Los microorganismos ascenderían por las vías vaginal y cervical y se replicarían en la placenta, y las membranas. (6) Son más frecuentes durante el embarazo y pueden ocasionar complicaciones que ponen riesgo la vida de la mujer y del bebé.

Las mujeres tienden a contraerlas con más frecuencia debido a que su uretra es más corta y está más cerca del ano que en los hombres. Debido a esto, las mujeres tienen mayor probabilidad de contraer una infección después de la actividad sexual o al usar un diafragma para el control de la natalidad. La menopausia también aumenta el riesgo de una infección urinaria. Así como otros factores: El sedentarismo por largo tiempo,

diabetes, uso de sonda vesical, el embarazo, obstrucción del flujo de la orina por cálculos renales, retención de la orina, poca ingesta de líquidos, deficiente falta de higiene en la zona perineal, cirugías u otros procedimientos que involucren las vías urinarias, así como el desconocimiento de esta enfermedad. (7)

Las complicaciones médicas durante la gestación, como las infecciones del tracto genital, de las vías urinarias, la anemia, preeclampsia o la ruptura prematura de membranas, aumentan las probabilidades de terminar el embarazo antes de la semana 37, del nacimiento de un niño prematuro con bajo peso y, consecuentemente, del incremento en la mortalidad neonatal. (8)

En la región de Cajamarca, la prevalencia de diagnóstico de infecciones de tracto urinario en gestantes afiliadas al SIS, incrementó del 2002 al 2005 de 14% a 27%; y en este mismo periodo los casos tratados con antibiótico sistémico aumentaron de 80 a 88%. Reconociendo que estas prevalencias se presentan en población supuestamente sana (asintomático), resulta entonces indispensable incrementar la calidad de la atención prenatal (APN) para detectar morbilidad subclínica. (9)

Además el Ministerio de Salud (MINSA) en el 2015 reporta que en Cajamarca 24,2% de las principales causas básicas de la muerte materna indirecta se encuentran principalmente los procesos infecciosos o sepsis no obstétricas (neumonía, infección de vías urinarias, TBC, paludismo y apendicitis). (10)

Así mismo, los Análisis de Situación de Salud (ASIS) de Cajamarca de los años 2012-2014 dentro de las patologías relacionadas con la gestación y el recién nacido tenemos: embarazo terminado en aborto, las complicaciones del parto, bajo peso al nacer, prematuridad y la asfixia, anoxia y trauma al nacer, y entre las principales causas de

mortalidad perinatal se encuentran la asfixia (56.4%), la prematuridad con un 17.2 % y las infecciones (9.2%). (11)

De otro lado, los factores socioeconómicos se han mostrado como causa importante de predisposición a las infecciones urinarias. Así, la prevalencia de infecciones de vías urinarias en mujeres de bajo nivel socioeconómico es más elevada que en aquellas de alto nivel. Así vemos que en países en desarrollo del África, la prevalencia es mayor, en al menos 3 veces la mostrada en los países desarrollados (Francia, Italia, España, y seis veces la de los países de gran desarrollo social como Suecia. (12)

En el Perú, existe la norma técnica de salud de atención integral de la gestante en la que se prioriza la detección temprana de factores de riesgo o signos de alarma en la gestante, siendo uno de ellos las infecciones urinarias, esto significa que los establecimientos de salud deben contar con la suficiente capacidad resolutive para atender a la gestante y poder prevenir estos problemas que pueden afectar tanto a la vida de la madre como al feto.

De ahí la importancia de generar evidencia de los factores causales de las infecciones urinarias que permitan orientar las medidas de prevención o control considerando la trascendencia que tiene este problema tanto para la madre como para el bebé y cuanto para los del servicios de salud.

1. Formulación del Problema

Este problema de infecciones urinarias durante el embarazo es muy frecuente en el centro de salud de Baños del Inca, y frente a esta situación se planteó la siguiente interrogante ¿Cuáles son los factores causales de las infecciones urinarias relacionadas a la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca en los dos primeros trimestres del año 2016?

El estudio de investigación es relevante porque la incidencia de las infecciones urinarias en las gestantes es considerable en algunos de los servicios, debido a que se observa un aumento de las gestantes atendidas con infección urinaria del año 2015 hacia el año 2016, lo que podría estar relacionado con el incremento de gestantes que han presentado amenaza de parto pretérmino, y las diversas complicaciones que se podrían presentar en un recién nacido no a término. (13)

Teniendo en cuenta a los factores causales que podrían originar las infecciones urinarias en las gestantes, y la falta de atención oportuna que este problema podría generar como graves complicaciones tanto para la madre y el recién nacido, llegando hasta la muerte y en muchos casos recién nacidos que sobreviven con secuelas irreversibles, he ahí la importancia del estudio de investigación de poder contribuir con información real acerca de este problema que se está generando y que gracias a la información obtenida se pueda mejorar la atención de la gestante que ayude a la prevención, detección y tratamiento de las Infecciones urinarias durante el embarazo.

2. Objetivos

El Objetivo General fue determinar la relación de los factores causales de las infecciones urinarias con la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca. Y los Objetivos Específicos estuvieron orientados a a) Identificar algunos factores causales de las infecciones urinarias, b) Identificar la edad gestacional en que se presentan las infecciones urinarias, c) Identificar la casuística de amenaza de parto pretérmino.

El presente estudio se ejecutó en el servicio de Emergencia del Centro de Salud Materno Infantil Baños Inca-2016.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

1.1 Antecedentes del estudio

1.1.1 Internacionales.

Feinate y Cols, (Venezuela 2010), En su estudio “Amenaza de parto prematuro e infección urinaria”, concluyen que la amenaza de parto prematuro se encuentra estrechamente relacionada con las infecciones urinarias, encontrando una incidencia de infección urinaria de 69% de todas las gestantes con amenaza de parto prematuro; además mencionan que dentro de los aspectos clínicos predominantes los antecedentes de infección urinaria representan 64.63% de todas las amenazas de parto prematuro. (14)

Pineda, (Venezuela 2009), En su investigación “Amenaza de parto prematuro por infección urinaria en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Central Universitario”. Concluye que, de una muestra de 50 gestantes de 20 a 36 semanas con amenaza de parto prematuro, el 30% presentaron infección urinaria, de éstas el 32% se ubicó en el grupo etario de 20-25 años, la edad gestacional más frecuente fue de 31 a 36 semanas, 46% refirieron ser primigestas, 88% se ocupaban en oficios del hogar, 76% afirmaron ser solteras, 46% de las gestantes estudiadas presentaban un embarazo mal controlado, 73.3% pertenecían a la clase baja y se encontró en el urocultivo *Escherichia coli* que se aisló 66.6% de los casos. (15)

Jiménez, (Venezuela 2007), En su investigación “Amenaza de parto prematuro por infección urinaria: agente etiológico más frecuente, del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda” Barquisimeto, Marzo 2007-2008”, se encontró la prevalencia de infección urinaria del 30% en mujeres con amenaza de parto prematuro, se evidenció una mayor incidencia de parto prematuro en primigestas con 46%, la edad gestacional más frecuente fue de 31 a 36 semanas (58%), 46% eran solteras. (16)

Enríquez, (Cuba 2008), En su estudio “Antecedentes patológicos personales en el Hospital de Gineco-Obstetricia en Enero del 2008” concluye que las patologías más importantes y de mayor porcentaje para el parto prematuro son: anemia gestacional con 35.22%, toxemia gravídica con 17.26%, asma bronquial 15.13%, y las infecciones del tracto urinario en el cuarto lugar con 13.24%, de una muestra de 463 mujeres gestantes que llegaron a tener un parto prematuro en este nosocomio. (17)

Hidalgo, (Venezuela 2009), En su estudio “Embarazadas con infección del tracto urinario que presentan parto pretérmino en la Cruz Roja Venezolana. Caracas”, concluyó que el 23,6% de las pacientes reportaron infección urinaria durante su embarazo y su parto ocurrió a las 35,7 semanas y la edad media fue de 24,62 años y manifiesta que es frecuente encontrar infecciones del tracto urinario durante el embarazo pero que sus complicaciones pueden ser prevenidas, se sugiere educación sanitaria y promoción del control prenatal adecuado. (18)

Alvarado, (Venezuela 2009), En su estudio “Factores de riesgo para infecciones urinarias bajas en embarazadas en la ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera”, tuvo como resultados: que 51,7% fueron multíparas, 41,8% presentaron infecciones en el segundo trimestre, 82,47% sufrieron infecciones urinarias de las gestantes que mantenían relaciones sexuales. Sin embargo, no se evidenció significación estadística. En este caso la significación de este estudio se centra en la metodología, ya que la aproximación al método de recolección y análisis de los datos es similar, sino idéntica a la que se propone que se use para este estudio. (19)

García 2006, En su investigación “Infección de vías urinarias en mujeres embarazadas”, concluyó que se debe tener en cuenta el momento en que acudan las mamitas al primer control prenatal, ya que la infección de vías urinarias en el embarazo es una de las complicaciones bastante peligrosa en las gestantes, además que desde un principio puede ser asintomática y tener complicaciones en el último trimestre de la gestación, por esta razón la consulta de una mujer embarazada se debe enfocar siempre al diagnóstico precoz, tratamiento y prevención, e informar a la futura madre los riesgos y recomendaciones generales que debe tener con esta entidad. (20)

1.1.2 Nacionales

Ferrer, (Tacna 2007), En su estudio “Factores condicionantes que predisponen a la infección del tracto urinario en gestantes en el Puesto de Salud Cono Norte” Nueva - Tacna – 2007. Se concluyó que la Infección urinaria fue más frecuente entre los 15 y 25 años, y hasta las 20 semanas de

embarazo, con signos patológicos (flujo vaginal), la mayoría de las embarazadas presentaron un parto eutócico. (21)

Chun B, Siu A (Lima 2005), en el estudio realizado en el Hospital Arzobispo Loayza, hallaron pielonefritis en 2.1 % de las gestantes, 58% de los casos ocurrió durante el 3° trimestre. Las complicaciones más frecuentes fueron: amenaza de aborto y amenaza de parto pretérmino. El promedio de edad fue de 28 años, en su mayoría eran pacientes primigestas (53.7%) y nulíparas (68.7%), la edad gestacional promedio fue de 25 semanas; 58.2%, 23.9%, 17.9% de las pacientes eran gestantes en el tercer, segundo y primer trimestre respectivamente. (22)

Tapia, (Puno 2009), En su estudio “Incidencia de infección del tracto urinario en gestantes del establecimiento de salud “José Antonio Encinas” Junio 2008-2009. Concluyeron que la incidencia de las infecciones del tracto urinario es de 28 por cada 100 gestantes, las cuales corresponden a gestantes en edades de 20 a 35 años, donde el 51,85% se encontraban cursando su gestación en el II trimestre de embarazo. Además se ha encontrado que el 38.89% estaba cursando una infección moderada, el 37.50% infección leve y el 23.61% una infección grave. (23)

Palacios y Cols, (Piura 2007), En su estudio “Factores de riesgo asociados al parto pretérmino” en el Hospital Regional Cayetano Heredia de Piura concluyeron que la complicación del embarazo relacionada con el parto pretérmino más frecuente fue la ruptura prematura de membranas con un 18.20%, seguida de las infecciones del tracto urinario con 16.7%. (24)

1.1.3 Locales

Idrugo y Fernández, (Cajamarca 2008), En su estudio “Infecciones urinarias asociadas con algunas complicaciones obstétricas en gestantes del Hospital de Apoyo de Cajabamba”, concluyeron que la incidencia de infecciones de tracto urinario en gestantes fue de 55.23%, cuyas complicaciones obstétricas más frecuentes asociadas fueron la amenaza de aborto con 12.1%, amenaza de parto pretérmino y ruptura prematura con 7.2%. El riesgo de presentar amenaza de parto pretérmino en gestantes con Infección de tracto urinario fue de 1,5 veces más en comparación con aquellas que no tenían este factor de riesgo. (25)

Medina y Poma, (Cajamarca 2006), En su investigación “Parto prematuro y su relación con las infecciones de tracto urinario en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca”, encontraron que de un total de 184 mujeres que tuvieron parto prematuro e infección de tracto urinario, el 59% tuvo de 20 a 34 años de edad, el 37.3% tenía grado de instrucción secundaria y el 72.5% estado civil conviviente. (26)

Cabrera y Sánchez, (Cajamarca 2008), En su investigación Factores maternos y su relación con la prematuridad en el Hospital Regional de Cajamarca, concluyeron que las madres que tuvieron parto prematuro fue mayor en el grupo de 20 a 24 años de edad, con mayor grado de instrucción de secundaria incompleta y la mayoría procedentes de la zona rural, en cuanto al control prenatal si realizaron el control prenatal; en cuanto a los factores obstétricos fueron primigestas, presentaron hipertensión inducida por la gestación, embarazo múltiple y ruptura prematura de membranas. (27)

1.2 Bases Teóricas

Nos basamos en el modelo de cuidados de Dorothea Orem, y Virginia Henderson, ya que está justificado por que la función de la enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud. Por otro lado, hacemos referencia a la Teoría de Florence Nightingale, quien menciona acerca de resolver los problemas que existían en el entorno, como la falta de higiene y la suciedad.

En este caso tenemos como población a las gestantes, siendo un grupo importante en el cual se debe tener el mayor cuidado con respecto a su autocuidado ya que si la gestante no tiene un hábito de higiene adecuado es probable que durante su proceso de gestación se le presente una serie de complicaciones que va afectar tanto a la madre como al feto, siendo una consecuencia la amenaza de parto pretérmino donde no se va a lograr que el feto se desarrolle como tiene que ser.

También la enfermera tiene la capacidad de fomentar la independencia, tratando de que se restablezcan o adquieran las destrezas, habilidades y conocimientos para realizar el autocuidado. La enfermera está capacitada para que pueda ayudar tanto a la persona sana y enferma a que puedan realizar por sí mismo acciones de autocuidado para poder conservar su salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o poder afrontar las consecuencias de dicha enfermedad, a través de la guía, la enseñanza, el apoyo y proporcionando un entorno adecuado para el desarrollo de las actividades del autocuidado en su propio beneficio.

1.2.1. Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem

En su postulado “Enfermería: los conceptos de práctica”, proporciona un marco que contempla: la práctica, la educación y la gestión de Enfermería, con el propósito de mejorar los cuidados.

La teoría general de Orem del déficit de autocuidado se configura a través de la suma de tres sub-teorías consideradas en conjunto y son: teoría del autocuidado, teoría del déficit del autocuidado y teoría de los sistemas.

- Teoría de Autocuidado:

El autocuidado: Es el concepto básico de la teoría, conjunto de acciones que realiza la persona para controlar los factores internos y externos que pueden comprometer su vida y su desarrollo posterior. Es una conducta que realiza o debería realizar la persona por sí misma. Según Orem, el autocuidado no es innato, sino se aprende esta conducta a lo largo de la vida, a través de las relaciones interpersonales y la comunicación en la familia, la escuela y amigos.

Agente de autocuidado: Persona que lleva a cabo las acciones de autocuidado. Cuando las acciones van desde la persona que las realiza hacia personas sin capacidad de autocuidado (niños, ancianos con discapacidad, enfermos en coma, etcétera), la conceptualiza como agente de cuidado dependiente y cuando se habla en términos de cuidados especializados, nos referimos a la agencia de Enfermería.

Requisitos de autocuidado: Los objetivos que los individuos deberían tener cuando se ocupan de su autocuidado, son de tres tipos: Requisitos universales: Satisfacción de las necesidades básicas de todo ser humano, Requisitos de

desarrollo: Satisfacción de necesidades según el período del ciclo vital,
Requisitos de desviación de la salud: Satisfacción de necesidades en cada
proceso de alteración de la salud.

- **Teoría del Déficit de Autocuidado:** Los conceptos clave que conforman esta
teoría son:

Demanda de autocuidado terapéutico: La cantidad y el tipo de acciones o
actividades que la persona realiza o debería realizar en un tiempo determinado
para conseguir los requisitos de autocuidado. **Agencia de autocuidado:**
Capacidad del individuo para llevar a cabo el autocuidado. **Déficit de
autocuidado:** Cuando la demanda es superior a la capacidad del individuo para
realizar el autocuidado. Es aquí cuando tiene acción la enfermera para
compensar la demanda de cuidados.

- **Teorías del sistema de Enfermería:** Cuando existe un déficit de autocuidado,
la persona y el profesional de Enfermería se relacionan para compensar el
desequilibrio existente en el autocuidado. **Totalmente compensatorio:** Todos
los cuidados son asumidos por el personal de Enfermería. **Parcialmente
compensatorio:** Se comparten las acciones de autocuidado entre la persona
afectada y el profesional de Enfermería. **De apoyo educativo:** La persona realiza
las acciones de autocuidado con la orientación y supervisión del profesional de
Enfermería para perfeccionar el mismo. (28)

1.2.2. Teoría de Virginia Henderson

Virginia Henderson parte de una serie de postulados que representan el “cómo
hacer” del modelo. Afirmaciones sobre la persona, entorno, salud, o rol de la
enfermera, que se aceptan como verdades:

- La persona es un todo completo con 14 necesidades básicas.
- La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla
- Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo

Conceptos Básicos

- **Persona:** un todo complejo que presenta 14 necesidades básicas. Toda persona tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus necesidades básicas y desea alcanzarla.
- **Salud:** se equipará con la independencia de la persona para satisfacer las 14 necesidades básicas. La satisfacción de estas necesidades, en toda su complejidad, es la que mantiene la integralidad de la persona. Requiere de fuerza, voluntad o conocimiento.
- **Entorno:** inicialmente se refiere a él como algo estático, aunque reconoce su influencia positiva o negativa sobre el usuario y recomienda a la enfermera que lo modifique de tal forma que promueva la salud. En escritos más recientes habla de la naturaleza dinámica del entorno y de su impacto sobre el usuario y la familia.
- **Enfermería:** ayuda a la persona a recuperar o mantener su independencia, supliéndole en aquello que no pueda realizar por sí mismo.

Henderson define a la Enfermería en términos funcionales como: " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible". (29)

1.2.3. Teoría del entorno de Florence Nightingale

Nightingale para llevar a cabo su misión, tuvo que resolver los problemas que existían en el entorno, como la falta de higiene y la suciedad.

Metaparadigmas.

- **Persona:** Hizo referencia a la persona como paciente, que en la mayoría de los casos era un sujeto pasivo, las enfermeras controlaban su entorno para favorecer su recuperación.

- **Salud:** Sensación de sentirse bien y la capacidad de utilizar al máximo todas las facultades de la persona. Veía la enfermedad como un proceso corrector que la naturaleza imponía, debido a una falta de atención. Hacía mención del mantenimiento de la salud por medio de la prevención de la enfermedad mediante el control del entorno y la responsabilidad social.

- **Entorno:** Describió cinco conceptos: ventilación, iluminación, temperatura, dieta, higiene y ruido, que integran un entorno positivo o saludable, instruía a las enfermeras para que los pacientes “pudieran respirar un aire tan puro como el aire del exterior, sin que se resfriaran”.

- **La higiene:** Es otro elemento importante de la teoría del entorno, se refirió a la higiene del paciente, la enfermera y el entorno físico. Describe que un entorno sucio era una fuente de infecciones por la materia orgánica que contenía. Nightingale era partidaria de bañar a los pacientes todos los días, también exigía que las enfermeras se bañaran cada día, que su ropa estuviera limpia y que se lavaran las manos con frecuencia. (30)

1.3 Bases conceptuales

1.3.1. Gestante: Recibe esta denominación toda mujer que está embarazada, y que lleva en el útero un óvulo fecundado, embrión o feto.

1.3.2. Infecciones urinarias durante el embarazo

La infección de vías urinarias es una de las complicaciones médicas más frecuentes en el embarazo; los cambios fisiológicos asociados al embarazo predisponen al desarrollo de complicaciones que pueden afectar significativamente a la madre y al feto. Estas incluyen la bacteriuria asintomática, la cistitis aguda y la pielonefritis aguda. A pesar del desarrollo de nuevos antibióticos la infección de vías urinarias continúa asociándose a morbimortalidad elevada a nivel materno y fetal.

La relación entre infección de vías urinarias, parto pretérmino y bajo peso al nacer está ampliamente documentada. Cerca de un 27% de los partos pretérminos han sido asociados con algún tipo de infección de vías urinarias. En la población femenina general, las infecciones urinarias ocupan el 2º lugar en frecuencia después de las infecciones respiratorias. Entre el 10% y 20% de las mujeres tendrán un episodio de infección urinaria en su vida. La *Escherichia coli* se encuentra presente aproximadamente en el 80 a 90% de las infecciones de vías urinarias y en el 95% de las pielonefritis agudas. (31)

a) Etiopatogenia y factores predisponentes

La mayor incidencia de infecciones urinarias en la mujer, con relación al hombre, en general se explican por las diferencias anatómicas existentes. La uretra femenina es más corta, mide aprox. 4 a 6 cm (vs. 14 y 16 cm en el

hombre), lo que determina su más fácil exposición a gérmenes provenientes de la flora vaginal y rectal. Por otra parte, en el embarazo suceden una serie de cambios morfológicos y funcionales, que favorecen la infección de las vías urinarias.

La entrada de gérmenes al aparato urinario es principalmente por la vía ascendente, en que gérmenes de la zona anal y vaginal migran a través de la uretra y colonizan la vejiga. También se ha descrito la vía hematógica y linfática con gérmenes provenientes del intestino u otro foco infeccioso. Se ha observado una relación entre infecciones del tracto urinario y el coito que actúa como factor contaminante. La presencia de vaginosis bacteriana también está relacionada con una mayor incidencia de infecciones del tracto urinario.

b) Vías de infección

El sistema urinario es particularmente susceptible a infecciones durante el embarazo, debido al aumento en las concentraciones de hormonas esteroideas y a la presión ejercida por el útero grávido sobre los uréteres y vejiga favoreciendo la hipotonía y la congestión, y predisponiendo al reflujo vesico-uretral y a la estasis urinaria. En la flora vaginoperineal normal generalmente no hay gram negativos patógenos la aparición de estos para algunos factores, indica una alteración en el mecanismo inmunológico, que más tarde permitirá la invasión del árbol urinario por los mismos gérmenes. Aunque hay posibilidad de que el árbol urinario sea invadido por vía linfática y por vía hematógica. (32)

- **Ascendente:**

Es seguida por gérmenes que anidan en la vejiga y que llegan a ella a partir de procesos infecciosos del aparato genital (infecciones vaginales, cervicales, endometritis, etc.) o de zonas vecinas potencialmente contaminadas como la región anal. El traslado de los gérmenes hasta los uréteres se producirá por simple acción mecánica. El reflujo vesico-uretral durante la micción favorecería el pasaje de los gérmenes, junto con el de la columna líquida, hasta las partes más bajas de los uréteres, desde donde continuarían su ascensión hasta el intersticio renal. Como, por otra parte, esa orina se refluye al verter no es expulsada durante la micción. Cuando esta finaliza aquella vuelve a la vejiga y, en consecuencia, queda como orina residual contaminada que puede favorecer a un más la infección renal.

- **Descendente:**

Los gérmenes pueden alcanzar el riñón por vía hemática o linfohemática. Por estas vías difícilmente se produce infección en un riñón sano. Pero puede tener importancia en la gestante donde actúan factores predisponentes como los antes mencionados.

- **Por contigüidad:**

Es más rara podría representar una vía importante cuando el punto de partida del germen importante fuera el intestino.

El ascenso de los gérmenes puede producirse por la submucosa uretral y por las vías linfáticas y hemáticas. (33)

c) Formas de presentación clínica

- 1. La Bacteriuria asintomática (BA):** Se define como la colonización de bacterias en el tracto urinario con más de 100000 UFC/ml en una sola muestra de chorro medio de orina, en ausencia de síntomas específicos. Su incidencia en embarazadas varía entre 2 -7% y depende de la paridad, el grupo étnico y la posición socioeconómica. Sin tratamiento la Bacteriuria Asintomática llega a cistitis aguda (40%) y a pielonefritis (25- 30%) en el embarazo, además se asocia con riesgo incrementado de retardo de crecimiento intrauterino y recién nacidos con bajo peso al nacer y de pre término secundario al trabajo de parto prematuro.
- 2. Cistitis:** Es la inflamación superficial de la mucosa vesical o también se define como colonización sintomática de bacterias en el tracto urinario con más 100000 UFC/ml, que se acompaña de sintomatología urinaria y sistémica. Su incidencia es del 1,3-1, 5%, mucho más baja que la bacteriuria asintomática. Suele presentarse en el segundo trimestre de embarazo; se caracteriza por la existencia de disuria, polaquiuria, tenesmo vesical y urgencia miccional. Suelen existir molestias supra púbicas que aumentan a la presión, orina turbia y, en ocasiones, hematúrica.
- 3. Pielonefritis:** Es la infección de la vía excretora alta y del parénquima renal de uno o ambos riñones. En el embarazo es la complicación más seria y se presenta en el 1 – 3% de las mujeres embarazadas. Constituye un problema grave que puede desencadenar en muerte materna debido

a las complicaciones médicas que pueden aparecer tales como un shock séptico y síndrome de dificultad respiratoria. Los síntomas clínicos de la pielonefritis son: fiebre, escalofríos, dolor en la fosa lumbar, disuria y polaquiuria y en ocasiones náuseas, vómitos y deshidratación. (34)

d) Métodos de diagnóstico de infección urinaria en el embarazo

Los métodos rápidos aplicados al diagnóstico de las infecciones urinarias detectan la presencia de microorganismos en la orina en un tiempo que varía entre pocos minutos a varias horas. Están diseñados de forma que amplían su utilidad en dos vertientes distintas. Una de ellas se refiere a la construcción de aparatos de diagnóstico rápido que permiten la posibilidad de procesar grandes cantidades de muestras de orina (más de 100 muestras/día) en un tiempo relativamente corto (máximo de 4 horas). La segunda vertiente ha proporcionado métodos rápidos de realización muy simple que incluso permiten su práctica en la propia consulta del médico por personal no especializado.

Un urocultivo al principio del embarazo es el procedimiento diagnóstico de elección de la bacteriuria asintomática. La bacteriuria asintomática presenta cultivos con > 100.000 colonias de un solo microorganismo (casi siempre *Escherichia coli*). La mayoría de los urocultivos mixtos se deben a contaminación o a mala conservación de las muestras. En bacteriurias sintomáticas no aparece piuria. La persistencia de un urocultivo positivo después del tratamiento de la bacteriuria asintomática sugiere infección del parénquima renal. La cistitis bacteriana y la pielonefritis también

presentan cultivos con > 100.000 colonias/ml. Síntomas miccionales con cultivo negativo y leucocituria sugieren la existencia de un síndrome uretral. En la pielonefritis aparece sintomatología general y en la orina piuria y en ocasiones cilindros leucocitarios.

e) Tratamiento de infecciones de vías urinarias en el embarazo

Balza J. 2008, Tanto en las cistitis como en las pielonefritis, el tratamiento empírico debe iniciarse inmediatamente, antes de disponer incluso del resultado del urocultivo y antibiograma para evitar la extensión de la infección. Se debe valorar el riesgo del fármaco para el feto y la tasa de resistencia del antibiótico de cada centro hospitalario. Se pueden utilizar sin riesgo los antibióticos de la categoría B. En los cuadros de cistitis y en las bacteriurias asintomáticas, la duración del tratamiento puede hacerse en pautas cortas siempre que se realicen controles posteriores.

Una pauta de 7-10 días erradica la bacteriuria en el 70-80% de las pacientes. Los resultados con pautas de tres o cinco días son similares. Incluso la fosfomicina- trometamol, un antibiótico de semivida larga y eliminación urinaria prolongada administrada en monodosis (3 gramos) o en pauta de dos días, consigue unas tasas de erradicación $> 85\%$. Independientemente de la pauta terapéutica utilizada, la bacteriuria recurre en el 20-30% de los casos, por eso se aconseja hacer un urocultivo 1-2 semanas después de finalizar el tratamiento.

En las gestantes con infecciones de orina recurrentes por microorganismos distintos o reinfecciones, se aconseja realizar una profilaxis antibiótica

hasta el parto con cefalexina, nitrofurantoína o cotrimoxazol (evitarlo en el último trimestre). (35)

f) Riesgo en la gestante frente a una infección del tracto urinario

El mayor riesgo a que se enfrenta una embarazada en presencia de infección del tracto urinario es la posibilidad de realizar una pielonefritis aguda; especial atención merece la bacteriuria asintomática, cuya evolución natural sin tratamiento predispone a pielonefritis en un 13 a 65% de los casos.

Diferentes estudios han mostrado relación entre parto prematuro e infección del tracto urinario, las contracciones uterinas son inducidas por citocininas y prostaglandinas que son liberadas por los microorganismos. La bacteriuria asintomática, cervicitis por gonococo y vaginosis bacteriana están estrechamente relacionada con parto prematuro. El rol de la *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis* y el *Ureaplasma urealyticum* está menos claro.

También se ha relacionado infección del tracto urinario en el embarazo con un mayor riesgo de retardo mental en los niños nacidos de esos embarazos. Mc Dermontt estudió una serie de 41.000 embarazos. El riesgo para retraso mental o retardo del desarrollo en niños de madres con diagnóstico de infección del tracto urinario pero que no recibieron antibióticos fue 1,31 en comparación con aquellos de madres sin infección de tracto urinario.

El riesgo para niños de gestantes con infección de tracto urinario que no recibieron antibióticos fue de 1,22 comparado con niños de madres con infección que si lo recibieron. El riesgo fue más significativo en el I y III trimestres. Se concluye que existe una asociación estadísticamente significativa entre infección del tracto urinario maternal sin tratamiento antibióticos y retardo mental y retraso del desarrollo. (36)

1.3.3. Factores causales de las infecciones urinarias

De la bibliografía consultada gran parte de ellos coinciden en cuanto a los factores causales que originan las infecciones urinarias en las mujeres. Las mujeres suelen contraer infecciones en la vejiga con más frecuencia que los hombres. Esto probablemente se debe a que las mujeres tienen una uretra más corta y, por lo tanto, resulta más fácil para los microbios llegar hasta la vejiga.

Dentro de los factores causales que pueden desarrollar una infección urinaria tenemos:

- 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.
- También pueden producirse durante el embarazo, aunque generalmente no presentan síntomas, ya que el útero al aumentar de volumen, produce

presión en la vejiga y en los uréteres, lo que obstruye el flujo de la orina, ocasionando un riesgo mayor de infección.

- La retención urinaria, ya que cuando una persona se “aguanta” mucho tiempo y por muchas ocasiones hay una mayor predisposición a las infecciones. (37)
- Personas con diabetes.
- Obstrucción del flujo de orina de la vejiga, como: cálculos renales.
- Antecedentes de uso de métodos anticonceptivos como el diafragma.
- Menopausia
- Uso de sonda vesical para vaciar la vejiga.
- Sedentarismo por un tiempo largo.
- Cirugías o procedimientos que involucren las vías urinarias. (38)

1.3.4. Parto pretérmino

La Organización Mundial de la Salud define al parto pretérmino como el parto que se produce antes de las 37 semanas de gestación, constituye una complicación obstétrica usual en el embarazo, siendo así la principal causa de muerte perinatal y de secuela a largo plazo en el sobreviviente. Tiene una incidencia en los países desarrollados de 8-10% del total de partos. En los países subdesarrollados se presentan cifras superiores al 20% del total de partos. Hay secuelas neurológicas en un 15-50% de los que logran sobrevivir. El parto pretérmino es una entidad heterogénea y multifactorial, asociado a variables socio-biológicas, historia obstétrica y complicaciones del embarazo actual. Tanto el parto pretérmino como el parto de término son un mismo proceso, excepto por la edad gestacional. Comparten una vía terminal común

definida como el conjunto de eventos anatómicos, bioquímicos, endocrinológicos y clínicos que ocurren en el feto y en la madre. Los principales componentes de esta vía común son las contracciones uterinas, la dilatación cervical, la activación de la decidua y membranas ovulares; precedidos por cambios sistémicos bioquímicos.

Amenaza de parto pretérmino: Presencia de contracciones uterinas evidenciables al tacto (con frecuencia de una cada 10 minutos y 30 segundos de duración, en un lapso de 60 minutos) que puede cursar con borramiento del cérvix uterino menor del 50 % y/o dilatación menor a 3 cm.

a. Clasificación:

En el pasado, los niños que pesaban menos de 2,500kg, se definían como prematuros. Actualmente se consideran las semanas de gestión y el peso para su clasificación, y así tenemos:

- Recién Nacidos Pretérmino: menos de 37 semanas de gestación.
- Recién Nacidos Pos término: más de 42 semanas de gestación.
- Recién Nacidos a términos: entre 37 a 42 semanas de gestación.

De esta manera se pueden explicar muchas de las diferentes características físicas y hasta psicológicas que pueden presentar los neonatos.

b. Factores de riesgo del parto pretérmino

Generalmente el parto pretérmino tiene causas multifactoriales y constituye una preocupación para todos (a), que se interesan en el estudio de esta afección, pues del conocimiento de los factores causales depende en gran parte la disminución de su frecuencia, un factor causal puede encontrarse de

un 40 a 50% de los casos de parto pretérmino y que no es posible encontrar causa definidas en el resto de los casos. Las diez patologías maternas más frecuentemente asociadas con partos pretérminos: hipertensión inducida por el embarazo, ruptura prematura de membrana, hipertensión crónica, placenta previa, a lo inmunización Rh, embarazo múltiple, infección urinaria, sífilis, cardiopatías congénitas y diabetes mellitus.

c. Otros factores asociados

Factores fisiológicos:

- El embarazo múltiple constituye uno de los riesgos más altos de prematuridad. Casi el 50% de los embarazos dobles y prácticamente todos los embarazos múltiples con más de dos fetos, terminan antes de completar las 37 semanas, siendo su duración promedio, más corta cuanto mayor es el número de fetos que crecen en el útero en forma simultánea (36 semanas para los gemelares, 33 para los triples y 31 para los cuádruples).
- La hemorragia vaginal de la segunda mitad del embarazo sea por desprendimiento de placenta marginal, por placenta previa, es un factor de riesgo tan importante como el embarazo múltiple. El sangrado del segundo trimestre no asociado en forma significativa al parto pretérmino.
- Preeclampsia, una forma de presión sanguínea alta, que puede desarrollarse en la segunda mitad del embarazo.
- Problemas de salud de la madre tales como enfermedad renal, diabetes o enfermedad cardíaca.
- Intervalos cortos entre embarazos (menos de un año).

- Problemas con el útero, tales como defectos estructurales, cuello incompetente, o fibroides.
- Oligo y polihidramnios (disminución o aumento de la cantidad de líquido amniótico que rodea al bebé).
- Cirugía abdominal materna en el segundo y tercer trimestre (por aumento de la actividad uterina).
- La bacteriuria (infección del tracto urinario) asintomática (que no da síntomas y por lo tanto la gestante no se da cuenta) y otras infecciones sistémicas como neumonía bacteriana; pielonefritis y apendicitis aguda, provocan un aumento de las contracciones uterinas por lo que se asocian con la prematuridad.

d. Síntomas del parto prematuro:

Un parto prematuro normalmente no es doloroso y la gestante podría estar en labor de parto prematuro si tiene cualquiera de los siguientes síntomas:

- Contracciones uterinas cada 15 minutos o 4 en una hora (no tienen que ser dolorosas).
- Fluido con sangre o transparente, rosado o de color café, que gotea de su vagina.
- Presión pélvica: la sensación de que su bebe está empujando hacia abajo.
- Dolor leve en la zona baja de la espalda.
- Cólicos como los de la menstruación (que pueden ser intermitentes)
- Calambres abdominales (con o sin diarrea).

e. Asistencia del parto prematuro

Si lo detecta a tiempo, es posible que el médico pueda retardar un parto prematuro por algunos días o semanas cruciales con reposo, hospitalización, o medicamentos que detengan las contracciones.

Todas las intervenciones consideradas tienen los siguientes objetivos:

- **Disminuir las contracciones:** se pueden identificar múltiples prácticas empleadas en la prevención o el tratamiento del parto prematuro de las cuales no existe suficiente evidencia acerca de su efectividad. Ellas son:
 - Reposo en cama: Es la más común de todas las intervenciones orientadas a disminuir el parto prematuro, aunque no existe evidencia de que realmente lo reduzca. De hecho, en el embarazo gemelar puede ser perjudicial.
 - Progesterona: Es efectiva usada en forma profiláctica para prevenir el trabajo de parto pretérmino; pero no cuando este ya está instalado.
 - Tocolíticos: (medicamentos que reducen las contracciones uterinas). Estos medicamentos logran detener las contracciones temporalmente pero no las evitan de manera sostenida. Y lo que es más importante aún, cuando son administrados solos, no mejoran los resultados en el bebé recién nacido. Dentro de los más utilizados en nuestro medio tenemos al nifedipino.
 - Antibióticos: El parto prematuro, en especial el que ocurre antes de las 30 semanas, ha sido relacionado con la infección del tracto genital superior. La mayoría de las bacterias involucradas en estas infecciones son capaces de crear una reacción inflamatoria que

pueden terminar en un parto prematuro. Los antibióticos por lo tanto pueden ser útiles para prevenir y/o tratar el trabajo de parto prematuro espontáneo.

1.3.5. Referente político y normativo de la atención integral de la salud materna (N° 828-2013)

Según el ASIS de la región de Cajamarca, 2015, La captación de gestantes atendida en el primer trimestre de embarazo, es un indicador de oportunidad, el cual está directamente relacionado con la atención prenatal reenfocada, ya que nos mide la oportunidad del ingreso de la gestante para poder cumplir con el paquete integral de atención prenatal. En el año 2014 se atendió a un 54.3% de gestantes y para el año 2015 la atención aumentó a 67.9%, mientras que en las gestantes adolescente atendidas en la región Cajamarca en el año 2015 es de 11.3 % mostrando una leve disminución en comparación al año 2014 (11.4%). (39)

Atención de la gestante, son cada una de las actividades que el profesional capacitado realiza con la gestante en un establecimiento de salud, de tal manera que en cada una de sus atenciones permita la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo, así como el manejo adecuado de las complicaciones que puedan afectar tanto a la gestante y al feto. Cada gestante debe tener como mínimo 6 atenciones prenatales, de las cuales la primera o la segunda deben ser realizadas por el médico con el fin de poder detectar alguna patología en el embarazo.

Durante el control prenatal se realizan una serie de actividades como:

- Elaboración de historia clínica materno perinatal.
- Toma de signos vitales y medidas antropométricas.
- Valoración obstétrica.
- Exámenes auxiliares basales: hemoglobina, urocultivo, examen completo de orina, tamizaje de proteínas, ecografías.
- Brindar suplementos de ácido fólico (hasta las 13 semanas), hierro (a partir de la semana 14) y calcio (a partir de la semana 20).
- Tamizaje de violencia basada en género (VBG).
- Tamizaje de VIH y sífilis.
- Orientación y consejería sobre hábitos alimenticios.
- Orientación y consejería sobre signos de alarma.
- Plan de parto: consta de 3 entrevistas.
- Atención odontológica de la gestante: realizada por el odontólogo.
- Psicoprofilaxis obstétrica: se considera 6 sesiones por gestante.
- Administración de vacunas: antitetánica y la influenza estacional.
- Visita Domiciliarias. (40)

Glosario de Términos

- **Infección:** invasión del organismo por gérmenes patógenos que se reproducen y se multiplican produciendo una enfermedad por lesión celular local, secreción de toxinas o reacción antígeno-anticuerpo en el huésped.
- **Infección urinaria:** se define por la presencia de por lo menos 100.000 unidades formadoras de colonias por mililitro de orina por un solo germen, o 10.000 unidades formadoras de colonias en una muestra tomada por cateterismo vesical, por un solo germen, pudiendo cursar en forma sintomática o asintomática. (41)
- **Gestante:** Recibe esta denominación toda mujer que está embarazada.
- **Amenaza de parto pretérmino:** Complicación del embarazo ocurrido entre las 22 y antes de las 37 semanas de gestación que puede tener un origen multifactorial, y puede significar la culminación del embarazo.
- **Parto pretérmino:** Parto que se produce antes de las 37 semanas de gestación, constituye una complicación obstétrica usual en el embarazo, siendo así la principal causa de muerte perinatal y de secuela a largo plazo en el sobreviviente.
- **Complicación obstétrica:** Es aquella dificultad grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte. (42)
- **Prevención:** Según la ONU es la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas.

- **Recidiva:** Infección causada por el mismo microorganismo.
- **Reinfección:** Infección debida a un microorganismo distinto del primero.
- **Grupo Focal:** Forma de entrevista grupal que utiliza la comunicación entre investigador y participantes, con el propósito de obtener información. Los miembros de un grupo focal son parte de una muestra intencional, lo que es absolutamente diferente de la muestra probabilística utilizada (Kitzinger J.).

1.4 Hipótesis de investigación

- La elevada incidencia de amenaza de parto pretérmino que se registra en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil de Baños del Inca tiene relación significativa con las infecciones de tracto urinario. La falta de una higiene adecuada de los genitales, actividad sexual permanente, la retención urinaria, patologías asociadas, antecedentes de uso de métodos anticonceptivos, sedentarismo por largos tiempos, o el mismo embarazo son factores causales de las infecciones de tracto urinario.

1.5 Variables de Estudio

- **Variable independiente:**

Factores causales de las infecciones de tracto urinario: características que están asociadas al desarrollo de una infección urinaria.

- **Variable dependiente:**

Amenaza de Parto Pretérmino: Trastorno del embarazo ocurrido entre las 22 y 37 semanas de gestación que sugiere la posibilidad de un parto antes de término.

- **Variable interviniente:**

Edad gestacional en que se producen las infecciones, en las mujeres atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Tipo de estudio:

- **Analítico:** porque se va analizar el comportamiento de cada una de las variables, tanto la independiente, la dependiente y la interviniente.
- **Correlacional:** porque busca demostrar la relación entre los factores causales de las infecciones urinarias con la amenaza de parto pretérmino.

2.2 Diseño de estudio:

- **Corte Transversal:** porque presenta los hechos tal como son en un determinado tiempo y espacio en este caso será según lo registrado en las atenciones del servicio de Emergencia de enero a junio del 2016.

2.3 Ámbito de estudio:

El Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca, se encuentra ubicado en el distrito de Baños del Inca, dicho distrito tiene una población de 41 321 habitantes y pertenece al departamento de Cajamarca. El nivel de complejidad del mencionado centro es de I-4, brinda atención las 24 horas del día, y la población en la que se va a realizar la investigación estará conformada por las gestantes que han sido atendidas en el servicio de Emergencia desde el mes de enero hasta el mes de junio del año 2016.

2.4 Población y muestra

Se trabajó con un total de 58 historias clínicas de mujeres gestantes que fueron atendidas en el servicio de Emergencia y presentaron amenaza de parto pretérmino o infección urinaria o ambos, desde el mes de enero hasta el mes de junio del año 2016.

2.5 Unidad de análisis:

La unidad de análisis fue representada por cada una de las historias clínicas de las gestantes que tuvieron amenaza de parto pretérmino, infección urinaria o ambos.

2.6 Criterios de inclusión:

Todas las historias clínicas de gestantes atendidas que llegaron por el servicio de Emergencia al Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca y que tuvieron amenaza de parto pretérmino e infección del tracto urinario o ambos y que tengan menos de 37 semanas de gestación.

2.7 Método y Técnicas de Recolección de datos:

Método:

El método utilizado fue el deductivo.

Técnicas:

- Revisión y transcripción de la información de las historias clínicas a una ficha de recolección de datos con toda la información de acuerdo a las variables.
- Como técnica complementaria se formó un grupo focal en el presente año, integrado por 10 gestantes que acudieron para su atención en el Centro de Salud en el lapso de la ejecución de la investigación y que presentaron infecciones urinarias, amenaza de parto pretérmino o ambos, se utilizaron las siguientes interrogantes:

1. Vida Sexual

- Tiene pareja estable Si () No ()
- Frecuencia de relaciones sexuales Diario () Ocasional()

2. Criterios de hábitos de higiene

- Frecuencia de higiene íntima: Diario () Interdiario () Otros.....
- Insumos que usan para el lavado íntimo
- Tipos de prenda íntima.....
- Uso permanente de pantalón, falda/ vestido.....

Las respuestas que dieron a cada una de las interrogantes fueron grabadas por la autora, para su posterior análisis y discusión de los resultados.

Instrumento:

Como instrumento se utilizó:

- **Ficha de recolección de datos:** En la cual se transcribió los datos sociodemográficos, infecciones urinarias y amenazas de parto pretérmino de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil de Baños de Inca-2016.

Descripción de instrumento de recolección de datos:

Se realizó una ficha de recolección de datos a través de la cual se obtuvieron datos de las historias clínicas de cada una de las gestantes con las características antes mencionadas.

Donde la ficha de recolección de datos estuvo formada por cuatro partes:

- ❖ Parte A: Datos relacionados a las características sociodemográficas.
 - Edad de la Gestante
 - Grado de Instrucción
 - Estado civil
 - Residencia
 - Procedencia

- ❖ Parte B: Datos relacionados a los factores causales de las infecciones urinarias.
 - Patologías Asociadas
 - Método Anticonceptivo que usó
 - Vida Sexual
 - Antecedentes de Infecciones de transmisión sexual.
 - Ocupación.

- Limitación de la actividad física.
- ❖ Parte C: Datos relacionados a las características obstétricas.
 - Amenaza de parto pretérmino.
 - Número de controles prenatales
 - Edad gestacional por trimestre.
- ❖ Parte D: Datos relacionados a la infección urinaria
 - Presenta infección urinaria.
 - Examen completo de orina
 - Leucocitos
 - Hematíes
 - Gérmenes
 - Examen de urocultivo.
 - Antecedentes de infección urinaria antes del proceso de gestación.
 - Tratamiento de la infección urinaria

2.8 Procesamiento y análisis de datos:

Los datos recolectados fueron ingresados a una base de datos en Microsoft Office Excel y su respectiva exportación en paquete SPSS v.22, el análisis de los resultados, se realizaron en base a la estadística descriptiva, los mismos que se presentan en tablas simples y de contingencia para facilitar la interpretación univariada además de considerar la prueba de chi cuadrado para demostrar la relación entre variables, finalmente la discusión de los resultados se realizó contrastando con la literatura consultada y la experiencia de especialistas y de la autora.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En el presente capítulo se muestra la descripción, el análisis y discusión de los resultados obtenidos de las 58 historias clínicas de las gestantes que fueron atendidas en el servicio de Emergencia del Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca-2016, con amenaza de parto pretérmino, infección urinaria o ambos.

TABLA 1: Características sociodemográficas de gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca-2016.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		N	%
Edad	≤ 19	18	31
	20 a 29	30	52
	30 a 39	10	17
Grado de Instrucción	Primaria incompleta	16	28
	Primaria completa	5	9
	Secundaria incompleta	12	21
	Secundaria completa	9	16
	Superior incompleta	11	19
	Superior completa	5	9
Estado Civil	Soltera	5	9
	Casada	9	16
	Conviviente	44	76
Residencia	Zona rural	46	79
	Zona urbana	12	21
Procedencia	Baños del Inca	57	98
	Cajamarca	1	2
TOTAL		58	100

Fuente: Historias Clínicas de gestantes atendidas en el servicio de Emergencia del Centro de Salud Baños del Inca-2016.

Se observa que 52 % de las gestantes tienen de 20 a 29 años de edad, 31% de ellas tienen menos de 19 años de edad, y el resto son mayores de 30 años; 28 % tienen sólo primaria incompleta; 76 % son convivientes, 79% son de zona rural, y las restantes residen en zona urbana; según procedencia 98 % viven en Baños del Inca y sólo una es de Cajamarca.

Según la edad los resultados muestran una situación que puede clasificarse de alto riesgo, como es el hecho de que la tercera parte de las gestantes atendidas en este Centro de Salud son menores de 19 años, promedio muy por encima del nacional que para el 2015 el INEI reportó que el embarazo adolescente era de 14,6%. Lo que significa que no han terminado de ser niñas y ya son madres, los estudios han demostrado que el organismo de la adolescente no tiene condiciones ni biológicas ni psicológicas para afrontar una situación de tanta complejidad como es la maternidad, en especial si son menores de 16 años, y sobre todo estas adolescentes pueden tener una condición conyugal de convivencia o son solteras, que quizá explicaría en parte la afectación psicológica que implica vivir una maternidad con la ausencia de la pareja. El sólo hecho de que sean menores de 15 años es un riesgo materno asociado en el que se puede presentar amenaza de parto pretérmino (Hospital San José, 2013). (43)

Por otra parte, en el aspecto económico muchas veces no cuentan con los ingresos suficientes para solventar los gastos que se generan durante el embarazo, y por ser menores de edad ya dejan sus estudios y se dedican a trabajar, y en otros casos muchas de ellas no cuentan con el apoyo de los padres o del esposo, el INEI en el año 2015 reportó que sólo 31% de la población ocupada joven tienen edades entre 14 a 29 años, lo cual quiere decir, que más de la mitad de estas personas no tienen un ingreso adecuado para sostener un hogar, es ahí donde el varón abandona a la mujer ya que no tiene los suficientes medios para poder mantener una familia. No obstante, más de la mitad tienen

edad entre 20-29 años, considerada como la etapa de vida ideal para la reproducción. En relación a este aspecto otros investigadores tuvieron similares resultados como el caso de Pineda (2009) y Medina y Poma (2006), quienes refieren que las edades de las gestantes estudiadas en más del 50% corresponden al grupo etario entre 20 a 34 de edad.

Según el grado de Instrucción, 28% tienen primaria incompleta, situación que no favorece a la gestante siendo considerado un factor de riesgo, que incide en el conocimiento que debería tener sobre la importancia de los controles prenatales que se brindan en el centro de salud, y sobre los signos de alarma para ella y el bebé, que en este caso estas mujeres que no llegaron a completar sus estudios básicos con el tiempo, pasan a formar el gran grupo de analfabetos por desuso, que las ubica en el grupo menos favorecido. Los mayores porcentajes de maternidad adolescente se presentan entre las mujeres con educación primaria con 36.2 %. (44)

Por otro lado, el INEI en el año 2015 reportó que la tasa de analfabetismo según sexo, es más elevada en mujeres que en varones con 19,1% y 7,2% respectivamente, lo que significa que aún sigue prevaleciendo el machismo en la educación, porque a las mujeres sobre todo en la zona rural, las preparan para las labores del hogar, mientras que al varón le dan la oportunidad de estudiar para que pueda ejercer una carrera profesional.

Según el estado civil de las gestantes, más de la mitad son convivientes, lo que significa que hoy en día el matrimonio ha dejado de ser un compromiso importante para muchas de las personas, debido a que no consideran las relaciones como serias y muchas de ellas resultan teniendo hijos sin haberlo planificado, no obstante tienen como consecuencias embarazos a muy temprana edad o madres que educan solas a sus hijos, todo lo contrario a como era hace años atrás, donde las mujeres tenían que casarse antes de poder tener hijos. En relación a este aspecto otros investigadores tuvieron similares resultados como

el caso de Medina y Poma (2006), quienes refieren que 72.5% de las gestantes eran convivientes.

Según la residencia, 79% son de zona rural, es por ello que debido a la distancia del lugar en donde viven hasta el centro de salud no acuden a sus citas programadas, o deciden recurrir al Centro de Salud solo a partir del tercer trimestre o cuando tienen complicaciones o porque en algunos casos los familiares del entorno de la gestante son los que deciden si debe acudir a un establecimiento o no, por lo tanto, es una cuestión de orden cultural. Los mayores porcentajes de maternidad adolescente se presentan entre las mujeres en el área rural con 20.3% (ENDES).

Por otro lado, todavía se presentan casos de parto domiciliario, y estos llegan en ocasiones al centro de salud cuando su situación es complicada y pone en riesgo su vida y la vida de su bebé. Los reportes del sector Salud indican que se ha llegado a tener cobertura de parto institucional a nivel nacional de aproximadamente 92%, mientras que en Cajamarca la cobertura de parto institucional es de 76,5% y según la zona rural y urbana de atención del parto a cargo del personal de salud en un establecimiento es de 76% y 97,37% respectivamente. Siendo uno de los indicadores que expresan las condiciones de vida la mujer en el Perú (45).

En relación a este aspecto otros investigadores tuvieron similares resultados como el caso de Cabrera y Sánchez (2008), quien refiere que la mayoría de madres fue procedente de la zona rural.

TABLA 2: Casos de Infecciones urinarias en gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca-2016

INFECCIÓN URINARIA		N	%
Presenta Infección	Si	42	72
	No	16	28
TOTAL		58	100

Fuente: Historias Clínicas de gestantes atendidas en el servicio de Emergencia del Centro de Salud Baños del Inca-2016

Se observa que del total de gestantes atendidas 72% presentaron infección urinaria, y el resto no presentó infección urinaria.

En la región de Cajamarca, la prevalencia de diagnóstico de infecciones urinarias en gestantes afiliadas al SIS, incrementó del 2002 al 2005 de 14% a 27%. Reconociendo que esta prevalencia se presenta en población supuestamente sana (asintomático), resulta entonces indispensable incrementar la calidad de la atención prenatal (APN) para detectar morbilidad subclínica.

Además el MINSA (Ministerio de Salud) en el 2015 reporta que en Cajamarca dentro de las principales causas básicas de la muerte materna indirecta se encuentran principalmente los procesos infecciosos o sepsis no obstétricas, con el 24,2% de los casos (neumonía, infección de vías urinarias, TBC, paludismo y apendicitis).

El embarazo es un factor que predispone a la gestante a que pueda adquirir infecciones urinarias debido a que sufre cambios anatómicos y hormonales que favorecen a las infecciones urinarias. En relación a este aspecto otros investigadores tuvieron similares resultados como el caso de Pineda (2009) e Hidalgo (2009), quienes refieren que del 23,6% al 30% de las gestantes reportaron infección urinaria durante su embarazo, lo que significa que es frecuente encontrar infecciones del tracto urinario durante el embarazo

pero que sus complicaciones pueden ser prevenidas, se sugiere educación sanitaria y promoción del control prenatal adecuado.

Por otro lado, esta situación se la pudo identificar en el grupo focal, considerado como estrategias para obtener mayor información, según las cuales, la mayoría de las entrevistadas refieren que siguen usando las infusiones de las hierbas para realizar su higiene personal, y en otros casos refirieron que la higiene personal no se lo realizan a diario siendo esto otros factores de riesgo para que se puedan dar las infecciones urinarias.

Florence Nightingale, en su teoría hace mención sobre la higiene como un metaparadigma, que es un elemento importante dentro de la teoría del entorno, y que se refiere a la higiene del paciente, la enfermera y el entorno físico. Describe que un entorno sucio era una fuente de infecciones por la materia orgánica que contenía. Era partidaria de bañar a los pacientes todos los días, también exigía que las enfermeras se bañaran cada día, que su ropa estuviera limpia y que se lavaran las manos con frecuencia. Es decir, la manera de evitar los diferentes tipos de infecciones en el organismo de las personas y las complicaciones que estas puedan generar por diferentes causas, se realiza mediante la higiene diaria, el uso de ropa limpia y el lavado frecuente de manos.

También nos basamos en la teoría de Dorothea Orem, y Virginia Henderson, quien hace mención que la función de la enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, a través de la guía, la enseñanza, el apoyo y proporcionando un entorno adecuado para el desarrollo de las actividades del autocuidado en su propio beneficio.

En relación a este aspecto otros investigadores tuvieron similares resultados como el caso de García (2006), quien refiere que se debe tener en cuenta el momento en que acudan las mamitas al primer control prenatal, ya que la infección de vías urinarias en el embarazo es una de las complicaciones bastante peligrosa en las gestantes, además que desde un principio puede ser asintomática y tener complicaciones en el último trimestre de la gestación, por esta razón la consulta de una mujer embarazada se debe enfocar siempre al diagnóstico precoz, tratamiento y prevención, e informar a la futura madre los riesgos y recomendaciones generales que debe tener con esta entidad.

TABLA 2.1: Factores causales de las infecciones urinarias en gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca-2016.

FACTORES CAUSALES DE LAS INFECCIONES URINARIAS		N	%
Antecedentes de patologías asociadas	Otros	11	19
	Ninguno	46	79
Antecedentes de métodos anticonceptivos	Condón	15	26
	Píldoras	2	3
	Ampollas	31	53
	Ninguno	6	10
	Implante	4	7
Vida sexual activa	Si	54	93
	No	4	7
Antecedentes de infección de transmisión sexual	Ninguno	58	100
Ocupación que le obliga a retener la orina	Ama de casa	51	88
	Estudiante	6	10
	Comerciante	1	2
TOTAL		58	100

Fuente: Historias Clínicas de gestantes atendidas en el servicio de Emergencia del Centro de Salud Baños del Inca-2016.

Se observa que 79% de las gestantes atendidas no presentan antecedentes patológicos, el resto tienen registrado cirugías abdominales en un 19%; 53% de ellas usaron como método anticonceptivo las ampollas y las demás otros métodos anticonceptivos; 93% tienen pareja estable; 100% no presentan antecedentes de Infecciones de transmisión sexual; 88% son amas de casa; y 100% no presentan limitación física.

Según antecedentes patológicos, más de la mitad no presentan patologías personales, mientras que 19% tienen como antecedes cirugías abdominales previas al embarazo, las cuales son un factor de riesgo materno asociado a que se puedan dar las amenazas de parto pretérmino (Hospital San José- 2013), y en muchos casos la gestación llegue a su término.

Según el método anticonceptivo, más de la mitad de gestantes usaron ampollas antes de quedar embarazadas, ya que es un método práctico, con una duración de tres meses, que permite que las mujeres tengan mayor comodidad sobre todo cuando existe discrepancias entre parejas en el deseo de planificar la familia, esta opción ayuda a la mujer; sin embargo este método puede generar condiciones para adquirir infecciones urinarias y de transmisión sexual, debido a que ambos están expuestos a contraer algún tipo de infección, es por ello que el único método que protege de estas enfermedades es el condón, quedando esto como antecedente para que no se puede llevar a cabo un normal embarazo en el futuro (Instituto Nacional de Diabetes y Enfermedades Digestivas y del Riñón) (46).

Según la situación estable de la pareja con la que vive es de 93%, lo que significa que mantener relaciones sexuales durante el embarazo puede generar infecciones urinarias ya que el organismo de la mujer está en constante cambio por el embarazo y como consecuencias tener otras complicaciones que pueden ser más graves. En relación a este aspecto otros investigadores tuvieron similares resultados como el caso de Alvarado (2009), quien refiere que 82.47% de las parejas que mantenían relaciones sexuales sufrieron infecciones urinarias.

Según la ocupación, 88% son amas de casas, por otro lado esta situación se la pudo identificar en el grupo focal, según la cuales, la mayoría de las entrevistadas refieren que primero tienen que avanzar con sus quehaceres de su casa, llevar a sus hijos a estudiar, ir al mercado hacer las compras, llegar a la casa a cocinar, lavar, limpiar y prefieren retener la orina hasta que ya se encuentren desocupadas. En relación a este aspecto otros investigadores tuvieron similares resultados como el caso de Pineda (2009), quien refiere que 88% se ocupaban en oficios del hogar.

TABLA 3: Infecciones del tracto urinario según examen de laboratorio en gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca-2016.

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO		N	%
Examen completo de orina	Si	58	100
Leucocitos (N° por campo)	0 a 7	16	28
	8 a más por campo	42	72
Hematíes (N° por campo)	0 a 2	52	90
	3 a más por campo	6	10
Gérmenes (Cantidad)	Escaso	47	81
	Regular	7	12
	Abundante	4	7
Urocultivo	Si	12	21
	No	46	79
Antecedentes de infección urinaria antes del proceso de gestación	Si	7	12
	No	51	88
Tratamiento de la infección urinaria	Prescripción médica	43	74
	Ninguno	15	26
TOTAL		58	100

Fuente: Historias Clínicas de gestantes atendidas en el servicio de Emergencia del Centro de Salud Baños del Inca-2016.

Se observa que 100% de ellas se les realizó un examen completo de orina; en los resultados del examen de orina 72% presentaron de 8 a más leucocitos por campo, 90% presentaron de 0 a 2 hematíes y 81% presentaron escasa cantidad de gérmenes; 79% de las gestantes no se les realizó un examen de urocultivo; y 74% recibieron tratamiento médico para la infección urinaria.

A todas se les realizó un examen completo de orina, la cual indica que en el Centro de Salud cumplen con la norma técnica de atención a la gestante, y esto ayuda a poder identificar y prevenir enfermedades que puedan surgir en el embarazo. Según el examen completo de orina, 72% presentaron de 8 leucocitos a más por campo (la Leucocitaria puede deberse a causas infecciones o inflamatorias. En los varones > 2 leucocitos por campo y en las mujeres > 5 leucocitos por campo indican la presencia de una leucocitaria significativa), 10% presentaron de 3 hematíes a más por campo (la presencia de hematíes

en la orina puede ser un signo primario e incluso muy alarmante de enfermedad, en varones de 2-3 hematíes por campo, y en mujeres > 3 hematíes por campo se considera un hallazgo patológico); 81% presentaron escasa cantidad de gérmenes (la bacteriuria significativa es el mínimo número de bacterias para considerar la existencia de una infección) Juan Jiménez García y Guadalupe Ruíz Martín, 2010.

A la mayoría no se les realizó un examen de urocultivo, según la literatura nos dice que el examen de urocultivo es un análisis microbiológico de la orina que sirve para determinar si existe presencia de bacterias en la orina de la gestante. En el embarazo, por los cambios físicos que se producen, existe una mayor predisposición a las infecciones de orina y muchas veces cursan sin síntomas. Sin embargo, si se detecta que existe la presencia de bacterias en la orina, deberá de tratarse administrando antibiótico a la paciente. Una infección de orina puede causar complicaciones, como un mayor riesgo de parto prematuro. Por eso es importante realizar como mínimo un urocultivo al principio del primer trimestre de embarazo.

El 74% recibieron tratamiento médico para la infección urinaria, por otro lado esta situación se la pudo identificar en el grupo focal, según la cuales, la mayoría de las entrevistadas refieren que 40% recibieron tratamiento médico, y el otro 40% refieren que no tuvieron ningún tratamiento para la infección urinaria, esto genera una incertidumbre debido a que en muchos casos las infecciones se han dado por dos veces o algunas hasta más de dos, lo cual puede indicar que las gestantes no terminan el tratamiento que se les ha indicado, o muchas veces no respetan el horario de las tomas del medicamento y en algunos casos se olvidan. También se puede dar que el tratamiento sea generalizado y no específico, ya que a la mayoría de ellas no se les realizó un examen de urocultivo que identifique el tipo de germen que está causando la infección urinaria. **Balza**, el tratamiento

empírico debe iniciarse inmediatamente, antes de disponer incluso del resultado del urocultivo y antibiograma para evitar la extensión de la infección. Se debe valorar el riesgo del fármaco para el feto y la tasa de resistencia del antibiótico de cada centro hospitalario. La bacteriuria ocurre en el 20-30% de los casos, por eso se aconseja hacer un urocultivo 1-2 semanas después de finalizar el tratamiento.

TABLA 4: Características obstétricas de gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca-2016

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS		N	%
Amenaza de parto pretérmino	Si	24	41
	No	34	59
Edad gestacional en la que se presentó la infección	Primer trimestre	6	10
	Segundo trimestre	29	50
	Tercer trimestre	23	40
Número de controles prenatales	Ninguno	3	5
	1 a 3	8	14
	4 a 5	4	7
	6 a 9	30	52
	10 a 12	11	19
	más de 12	2	3
TOTAL		58	100

Fuente: Historias Clínicas de gestantes atendidas en el servicio de Emergencia del Centro de Salud Baños del Inca-2016.

Se observa 41% de las gestantes atendidas presentaron amenaza de parto pretérmino, el resto no presentó; 50% de ellas tuvieron infección urinaria durante el segundo trimestre, 40% en el tercer trimestre; y 52% tuvieron de 6 a 9 controles.

Según la presencia de amenaza de parto pretérmino, casi la mitad del total presentaron este problema lo cual indica que las infecciones de tracto urinario son un factor de riesgo para que se den las amenazas de parto antes de tiempo, generando en muchas ocasiones que los partos no lleguen a culminar, teniendo como consecuencias a los recién nacidos pretérminos, de bajo peso, problemas neurológicos, e incluso en la mayoría ocasionarles la muerte tanto a él como a la madre.

En relación a este aspecto otros investigadores tuvieron similares resultados como el caso de Idrugo y Fernández (2008), refiere que la incidencia de infecciones de tracto urinario en gestantes tiene complicaciones obstétricas como la amenaza de aborto con 12.1%, amenaza de parto pretérmino y ruptura prematura con 7.2%. El riesgo de presentar

amenaza de parto en gestantes con Infección de tracto urinario fue de 1,5 veces más en comparación con aquellas que no tenían este factor de riesgo.

Según la edad gestacional en que se presentó la infección urinaria, en la mitad de las gestantes se presentó en el segundo trimestre de embarazo, 40% en el tercer trimestre, lo cual es un factor de riesgo para que se pueda adelantar el parto y este no llegue a su término poniendo en riesgo la vida de ambos. En relación a este aspecto otros investigadores tuvieron los siguientes resultados, como el caso de Pineda (2009) y Alvarado (2009) refieren que la edad gestacional más frecuente fue de 31 a 36 semanas con 46%, lo cual coincide con el estudio realizado, de que a partir del segundo trimestre y más en el tercer trimestre se pueden dar las infecciones urinarias y estas pueden ocasionar que el embarazo llegue a concluir.

Según el número de controles prenatales, más de la mitad de las gestantes tiene de 6 a 9 controles prenatales cuando lo ideal sería que se realice un control prenatal por mes del primer al sexto mes, luego del séptimo al octavo mes los controles deben ser cada 15 días y al noveno mes cada 7 días (47); más de la cuarta parte de mujeres atendidas no llegan a tener ni 6 controles prenatales, situación que no favorece a la gestante siendo considerado esto un factor de riesgo que puede desencadenar una serie de problemas el día del parto, o antes que culminé el parto, la norma técnica de atención de la gestante indica que mínimo deberían tener 6 controles prenatales distribuidos de la siguiente manera: Dos antes de las 22 semanas, el tercero entre la 22 y 24, el cuarto entre la 27 a 29, el quinto entre la 33 y 35 y el sexto entre la 37 y la última semana de gestación (MINSA 2013); por otro lado, esta situación se pudo identificar en el grupo focal, donde casi la mitad de las entrevistadas refieren tienen menos de 6 controles prenatales esto se puede deberse a la distancia desde la vivienda de la gestante hacia el centro salud, y en

otras ocasiones debido al menor grado de instrucción que presentan y la falta de conocimiento sobre la importancia de los controles prenatales.

Por otro lado, el MINSA en el año 2015, reportó que a nivel nacional 88.4% de las gestantes tienen 6 a más controles prenatales, mientras que en Cajamarca 89,3% recibieron en el último nacimiento más de 6 controles, la zona urbana y rural con 90% y 88% respectivamente, lo cual indica que a nivel rural los controles prenatales son menos que a nivel urbano (48).

TABLA 5: Infección de tracto urinario relacionado a la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca-2016.

Infección		Amenaza de parto pretérmino		Total	
		Si	No		
Infección Urinaria	Si	N	13	29	42
		%	22.4%	50.0%	72.4%
	No	N	11	5	16
		%	19.0%	8.6%	27.6%
Total		N	24	34	58
		%	41.4%	58.6%	100.0%

p valor =0.0089

Fuente: Historias Clínicas de gestantes atendidas en el servicio de Emergencia del Centro de Salud Baños del Inca-2016.

Se observa 22.4% de las gestantes presentaron infección urinaria y amenaza de parto pretérmino, y 19% no presentaron infección urinaria, pero si amenaza de parto pretérmino.

Por otro lado, esta situación se la pudo identificar en el grupo focal donde el total de las entrevistadas refieren que presentaron infección urinaria durante el embarazo y además 30% también amenaza de parto pretérmino. Podemos decir que la infección de tracto urinario es un factor riesgo para que se genere la amenaza de parto pretérmino, y a su vez que la amenaza de parto pretérmino también se puede dar por otros problemas.

Las mujeres tienden a contraer infecciones urinarias con más frecuencia debido a que su uretra es más corta y está más cerca del ano que en los hombres, debido a esto, las mujeres tienen mayor probabilidad de contraer una infección después de la actividad sexual o al usar un método anticonceptivo para el control de la natalidad pero el problema se agrava más y es más común durante el embarazo por muchos factores predisponentes al crecimiento bacteriano en la orina siendo estos: la dilatación fisiológica normal del tracto

urinario y el mayor contenido de nutrientes (la composición química de la orina se ve favorecida por productos del embarazo como: glucosa, aminoácidos, hormonas fragmentadas, que pudieran facilitar la proliferación bacteriana), el reflujo urinario vesico-uretral durante la micción (se presenta con mayor frecuencia durante el tercer trimestre), la progresiva obstrucción de los uréteres que comienza en la semana 20 y alcanza su máximo al término de la gestación. La menopausia también aumenta el riesgo de una infección urinaria. Así como otros factores: El sedentarismo por largo tiempo, diabetes, uso de sonda vesical, el embarazo, obstrucción del flujo de la orina por cálculos renales, retención de la orina, poca ingesta de líquidos, deficiente falta de higiene en la zona perineal, cirugías u otros procedimientos que involucren las vías urinarias, así como el desconocimiento de esta enfermedad (Cristobal, 2014).

El parto prematuro se produce por una serie de razones. La mayoría de los partos prematuros ocurren de forma espontánea, si bien algunos se desencadenan a resultas de la inducción precoz de las contracciones uterinas o del parto por cesárea, ya sea por razones médicas o no médicas. Entre las causas más frecuentes del parto prematuro figuran los embarazos múltiples, las infecciones y las enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión; ahora bien, a menudo no se identifica la causa. También hay una influencia genética. Una mejor comprensión de las causas y los mecanismos del parto prematuro permitirá avanzar en la elaboración de soluciones de prevención.

La prevención de las complicaciones y las muertes debidas al parto prematuro comienza con un embarazo saludable. La atención de calidad antes del embarazo, durante el embarazo y entre embarazos garantiza que la gestación sea una experiencia positiva para todas las mujeres. Las normas de la OMS sobre la atención prenatal incluyen intervenciones esenciales que ayudan a prevenir el parto prematuro, como el

asesoramiento sobre la dieta saludable y la nutrición óptima, o el consumo de tabaco y otras sustancias; las mediciones ecográficas del feto, que ayudan a determinar la edad gestacional y a detectar los embarazos múltiples, y un mínimo de 8 contactos con profesionales sanitarios a lo largo del embarazo, a fin de identificar y tratar otros factores de riesgo, como las infecciones. Facilitar el acceso a los anticonceptivos y promover su empoderamiento también puede contribuir a que disminuya el número de nacimientos prematuros.

En relación a este aspecto otros investigadores tuvieron similares resultados como el caso de Feinate y Cols (2010) y Jiménez (2007), refieren que la amenaza de parto prematuro se encuentra estrechamente relacionada con las infecciones urinarias, encontrando una incidencia de infección urinaria de 69% de todas las gestantes con amenaza de parto prematuro.

Según la prueba estadística hay una relación significativa entre la presencia de infección urinaria y la amenaza de parto pretérmino ($p < 0,05$).

TABLA 6: Edad gestacional en que presentó la infección urinaria relacionada a la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca-2016.

RELACIÓN ENTRE		Amenaza de parto prematuro		Total	
		Si	No		
Edad gestacional en la que se presentó la infección	Primer trimestre	N	0	6	6
		%	0.0%	10.3%	10.3%
	Segundo trimestre	N	10	19	29
		%	17.2%	32.8%	50.0%
	Tercer trimestre	N	14	9	23
		%	24.1%	15.5%	39.7%
Total	N	24	34	58	
	%	41.4%	58.6%	100.0%	

p valor = 0.0149

Fuente: Historias Clínicas de gestantes atendidas en el servicio de Emergencia del Centro de Salud Baños del Inca-2016.

Se observa 24.1% de las gestantes que presentaron infección urinaria en el tercer trimestre de embarazo tuvieron amenaza de parto pretérmino, y 17.2% presentaron infección urinaria en el segundo trimestre de embarazo y amenaza de parto pretérmino.

El mayor porcentaje se observa en el segundo y tercer trimestre de embarazo en que se presentan las infecciones urinarias siendo estos un factor que predisponen a que se puede producir el parto antes de tiempo, poniendo en riesgo la vida de ambas personas.

En relación a este aspecto otros investigadores tuvieron similares resultados como el caso de CHUN, 2005 quien refiere que halló pielonefritis en 2.1 % de las gestantes, 58% de los casos ocurrió durante el 3° trimestre. Las complicaciones más frecuentes fueron: amenaza de aborto y amenaza de parto pretérmino. Concluyo que en su mayoría eran pacientes primigestas (53.7%) y nulíparas (68.7%), la edad gestacional promedio fue de 25 semanas; 58.2%, 23.9%, 17.9% de las pacientes eran gestantes en el tercer, segundo y primer trimestre respectivamente. Según la prueba estadística hay una relación

significativa entre la edad gestacional en que se presenta la infección urinaria y la amenaza de parto pretérmino ($p < 0,05$).

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación sobre la relación que existe entre las infecciones de tracto urinario y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Centro de Salud materno infantil de Baños del Inca – 2016, se presentan las siguientes conclusiones:

1. Algunos de los factores causales de las infecciones urinarias que han sido identificados de acuerdo al esquema causal del Ministerio de Salud fueron: la mayoría de la muestra tuvieron entre 20-29 años, no tienen primaria completa, son convivientes, residen en zona rural, no presentaron antecedentes de patologías asociadas, usaron ampollas anticonceptivas y son amas de casa.
2. Se identificó que según la edad gestacional en la que se presentan las infecciones urinarias con frecuencia son la mayoría en el segundo trimestre de gestación.
3. Según la casuística de la amenaza de parto pretérmino: la cuarta parte de las gestantes presentaron amenaza de parto pretérmino por los factores causales de las infecciones urinarias.

Según el estudio realizado se acepta la hipótesis formulada ya que se obtuvo como resultado que si existe relación significativa entre las infecciones de tracto urinario y la amenaza de parto pretérmino con un valor significativo <0.005 .

4.2 RECOMENDACIONES

PARA EL PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD

- Tener una mejor caligrafía en el llenado de los registros e historias clínicas del Servicio de Emergencia del Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca.
- Reforzar la promoción, prevención y educación para la salud acerca del autocuidado en la gestante.
- El personal de salud debe poner mayor atención en la prevención de las infecciones urinarias, considerando que el mayor porcentaje en gestante presentan este tipo de infecciones durante el embarazo.
- El personal de salud debe intensificar el seguimiento de las gestantes que no acuden al centro de salud para realizar sus controles prenatales, y así se pueda conseguir un embarazo controlado.

PARA LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

- Se recomienda realizar más campañas preventivas-promocionales sobre el embarazo saludable, uso de métodos anticonceptivos, e infecciones de tracto urinario en mujeres.
- Se recomienda a los estudiantes de Enfermería que puedan continuar en esta línea de investigación sobre la salud de la mujer gestante.

PARA LOS INVESTIGADORES

- Sería interesante que se realice el estudio, con el uso de medicina natural a manera de prevención, ya que existen plantas medicinales que pueden evitar estas complicaciones en el embarazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Boletín estadístico de nacimientos. Perú 2015-2016. Registrados en Línea.
2. Faneite P. Parto Pretérmino: reto, reacciones y paradigmas. Revista Obstétrica Ginecológica de Venezuela. 2013 Diciembre; 72(4).
3. Cristobal MT. Infección de tracto urinario en la gestante. 2014.
4. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos Prematuros. Noviembre 2015. Centro de Prensa.
5. Botero Jaime C. Obstetricia y Ginecología. Quinta ed. Buenos Aires: Texto Integrado; 2000.
6. Espinoza J. Fisiopatología del Síndrome de Parto Pre-término. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2008 Enero; 54.
7. Vorvick J. University of Washington. [En línea]; 2013 [citado 2016 Diciembre 05]. Disponible en: <http://umm.edu/health/medical/spanishency/articles/infeccion-urinaria-en-adultos>.
8. Calderón Guillén Juvenal VMGVVTJ. Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. Revista Médica de IMSS. 2005 Julio- Agosto; 43(4).
9. Ministerio de Salud. Programa de apoyo a la reforma del Sector Salud. 2005. Salud de la Gestante.
10. Ministerio de Salud. Muerte materna por causa indirecta. Lima: Boletín Epidemiológico, Lima; 2015. Report N°: 15632709.
11. Ministerio de Salud. Análisis de la Situación de Salud. 2014. Mortalidad Perinatal.

12. Tumbaco Galarza AM, Martínez Cruz LR. Tesis: "-Factores de riesgo que influyen en la predisposición de infecciones urinaria en mujeres de 15-49 años que acuden al subcentro Virgen del Carmen del Cantón-La Libertad". 2013. Ecuador.
13. Tol Macario CM. Infección de tracto urinario en la amenaza de parto prematuro. Tesis. Guatemala: Universidad de San Carlos, Departamento de Obstetricia; 2014.
14. Feinate P C. Amenaza de parto Prematuro e Infección Urinaria Venezuela; 2010.
15. Pineda M. Amenaza de Parto Prematuro por Infección Urinaria. Venezuela, 2008-2009. Estudio de Investigación en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Central Universitario.
16. Jiménez M. Amenaza de Parto Prematuro por Infección Urinaria: Agente Etiológico más frecuente. Marzo 2007-2008. Estudio de Investigación del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda".
17. Enríquez M. Antecedentes Patológicos personales en el Hospital de Gineco-Obstetricia. Enero del 2008. Estudio de Investigación realizado en Cuba-Guanabacoa.
18. Hidalgo R. Embarazadas con infección de tracto urinario que presentan parto pretérmino. 2009. Estudio que se realizó en la Cruz Roja Venezolana.
19. Alvarado , Olguín. Factores de riesgo para infecciones urinarias bajas en embarazadas en la ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera. 2009. Valencia Carabobo.
20. García F. Tesis: "Infección de Vías Urinarias en Mujeres Embarazadas". 2006.
21. Ferrer Rojas J. Factores condicionantes que predisponen a la Infección de tracto urinario en gestantes en el puesto de salud cono norte- Nueva Tacna. Ciencia y Desarrollo. 2009; 11.

22. Chun B, Siu A. Infecciones urinarias y sus complicaciones en el embarazo. Ginecología obstétrica. Lima 2005 Enero; I(12).
23. Tapia Maldonado G. Incidencia de Infección del Tracto Urinario en gestantes asistentes al control materno del establecimiento de salud I-3 "José Antonio Encinas". 2009. Puno.
24. Palacios M, Cols. Factores de Riesgo Asociados al Parto Pre-término. Piura 2007. Estudio realizado en el Hospital Regional Cayetano Heredia de Piura.
25. Idrugo O, Fernández R. Infecciones Urinarias asociadas con algunas complicaciones obstétricas en gestantes del Hospital de Apoyo de Cajabamba. Cajamarca 2008.
26. Medina MYPD. Parto Prematuro y su relación con las Infecciones de Tracto Urinario en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca. Tesis Pregrado. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca, Cajamarca; 2006.
27. Cabrera T, Sánchez C. Factores maternos y su relación con la prematuridad en el Hospital regional de Cajamarca. 2008-2009..
28. Rivero Martínez N, Gonzales Barrero M, Nuñez Herrera M, Hornedo Jerez I, Rojas Izquierdo M. Valoración Ética del modelo de Dorothea Orem. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2007 Septiembre; 6(3).
29. Bonill de las Nieves C. Teoría de Virginia Henderson. 2014. Noviembre.
30. Tobo Zhigue AJ. Tesis: "Infección de vías urinarias en adolescentes embarazadas de 14-19 años, atendidas en el área de Ginecología del Hospital San Vicente de Paul. 2014 - Ecuador. Teorías de Enfermería.
31. Ferreira F. Infección urinaria durante el embarazo, perfil de resistencia bacteriana al tratamiento en el hospital general de Neiva, Colombia. Revista colombiana de obstetricia y ginecología. 2005; 56(3).

32. Ay H S. Manual Clínico de Medicina Interna. Tercera ed. Argentina: Panamericana; 2000.
33. Schwartz R, Col. Obstetricia. Sexta ed. Argentina: El Ateneo; 2005.
34. Amasifuen Sangama L, Ruiz Gonzales N. Diagnóstico presuntivo de infección del tracto urinario y complicaciones mas frecuentes en gestantes. Tesis. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín, Departamento de Obstetricia; 2012.
35. Balza J, Cols. Comparación entre el método diagnóstico de infección urinaria Diramic y el método convencional. 2008.
36. Calderón J. Factores de Riesgo Materno Asociados al Parto Pre-término. 2004. Hospital Regional 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
37. Tumbaco Galarza AM, Martínez Cruz LR. Tesis: "Factores de riesgo que influyen en la predisposición de infecciones urinarias en mujeres de 15-49 años que acuden al subcentro Virgen del Carmen del Cantón-La Libertad". 2013. Ecuador.
38. Vorvick LJ. Infecciones Urinarias. 2013. University of Washington.
39. Ministerio de Salud. Análisis de la Situación de Salud. 2015. Programa Materno-neonatal. Atención Prenatal.
40. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la atención integral de salud materna. 2013.
41. Tol Macario CS. Infección de tracto urinario en la amenaza del parto prematuro. Tesis. Guatemala: Universidad de San Carlos, Departamento de Obstetricia; 2014.
42. Águila Setián SI. Una estrategia para la disminución de la mortalidad materna. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2012 Junio; 38(2).
43. Hospital San José. Dirección Regional de Salud Callao. [En línea]; 2013 [citado 2015 Octubre 7. Disponible en:

http://www.hsj.gob.pe/transparencia/documentos/datos_generales_entidad/disposiciones_emitidas/resolucion_directoral/2013/GUIAS%20DE%20OBSTETRICIA.pdf.

44. ENDES. UNICEF. [En línea]; 2013 [citado 2017 Mayo 23. Disponible en: https://www.unicef.org/peru/spanish/children_13282.html.
45. INEI. Ministerio de Salud. [En línea]; 2016 [citado 2017 Mayo 23. Disponible en: http://www.app.minsa.gob.pe/bsc/detalle_indbsc.asp?lcind=6&lcobj=1&lcper=1&cfreg=30/3/2017.
46. Instituto Nacional de Diabetes y Enfermedades Digestivas y del Riñón. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. [En línea]; 2013 [citado 2017 Mayo 23. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-urológicas/infecciones-urinarias>.
47. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna. 2013. Número de Controles Prenatales.
48. Ministerio de Salud. Indicadores de Salud- Gestante Controlada. [En línea]; 2015 [citado 2017 Mayo 23. Disponible en: http://www.app.minsa.gob.pe/bsc/detalle_indbsc.asp?lcind=7&lcobj=1&lcper=1&cfreg=27/2/2017.
49. Barrientos Alibans SS. Complicaciones Obstétricas asociadas a las Infecciones del Tracto Urinario en la Gestación Centro de Salud Talara. Mayo 2000- Abril 2001.
50. Ministerio de Salud. Duración de Embarazo. 2015. Boletín Estadístico de Nacimientos PERÚ.

ANEXOS

ANEXO N°2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Infecciones urinarias y amenaza de parto pretérmino en gestantes

La presente ficha de recolección de datos es para poder realizar un trabajo de investigación la cual me va ayudar a obtener el Título de Licenciada en Enfermería, para lo cual solicito a usted que me pueda brindar cierta información para llevar a cabo este estudio, agradeciéndole anticipadamente por su colaboración y garantizándole que la información vertida será exclusivamente para el estudio.

H. Cl: _____ **Edad:** _____

Parte A: Datos relacionados a las Características Sociodemográficas

1. GRADO DE INSTRUCCIÓN

- a) Analfabeto
- b) Primaria Incompleta
- c) Primaria Completa
- d) Secundaria Incompleta
- e) Secundaria Completa
- f) Superior Incompleto
- g) Superior Completo

2. ESTADO CIVIL

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Conviviente
- d) Divorciada
- e) Viuda

3. RESIDENCIA

- a) Zona Rural ()
- b) Zona Urbana ()

4. PROCEDENCIA

- a) Baños del Inca ()
- b) Cajamarca ()

Parte B: Datos relacionados a los Factores Causales de las Infecciones Urinarias.

5. PATOLOGÍAS ASOCIADAS

- a) Diabetes
- b) Retención Urinaria
- c) Otros _____
- d) Ninguno

6. MÉTODO ANTICONCEPTIVO QUE USÓ

- a) Diafragma
- b) Condón
- c) Píldoras
- d) Método del Ritmo
- e) DIU
- f) Ampollas
- g) Ninguno
- h) Implante

7. VIDA SEXUAL

- a) Tiene pareja estable: Si () No ()
- b) Antecedentes de Infección de Transmisión Sexual

.....

8. OCUPACIÓN QUE LE OBLIGA A RETENER LA ORINA

....., frecuencia: Diario () Ocasional ()

9. LIMITACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

- Por prescripción ()
- Discapacidad ()
- Ninguna ()

Parte C: Datos relacionados a las Características Obstétricas

10. AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

- a) Si ()
- b) No ()

11. NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES

- Ninguno ()
- De 1-3 controles ()
- De 4-5 controles ()
- De 6-9 controles ()
- De 10-12 controles ()
-

12. EDAD GESTACIONAL EN LA QUE SE PRESENTÓ LA INFECCIÓN

- a) Primer trimestre
- b) Segundo trimestre
- c) Tercer trimestre

Parte D: Datos relacionados a la Infección Urinaria

13. PRESENTA INFECCIÓN

- a) SI ()
- b) NO ()

14. EXAMEN COMPLETO DE ORINA

- a) SI ()
- b) NO ()

Especificar Resultados:

- Leucocitos.....
- Hematíes.....
- Gérmenes.....

15. UROCULTIVO

- a) SI ()
- b) NO ()

16. ANTECEDENTES DE INFECCIÓN URINARIA ANTES DEL PROCESO DE GESTACIÓN

Si () No (), si la respuesta es Sí cuantas veces.....

17. TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN URINARIA

- Prescripción del profesional ()
- Automedicación ()
- Ninguno ()

ANEXO N° 3

SOLICITO: PERMISO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

Dra. VANIA YANET PINILLOS VILCA

DIRECTORA DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL BAÑOS DEL INCA

Jackeline L. Gonzales Tello, identificada con D.N.I 71960669, con domicilio en Jr. El Inca N°439 de la ciudad de Cajamarca, Bachiller en Enfermería, ante usted y con el debido respeto me presento:

Me encuentro realizando el Proyecto de Investigación Titulado: **“Infecciones urinarias y amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca –2016”**. El desarrollo del proyecto es para obtener el grado de Licenciada en Enfermería. Razón por la cual recurro a usted para solicitarle permiso, para recolección de datos del Centro de Salud Materno Infantil del que se encuentra a cargo; cabe resaltar que la información será recopilada de las Historias Clínicas de las gestantes que asisten a dicho Centro de Salud ya mencionado, que será de gran ayuda para la culminación de mi investigación.

Por lo expuesto:

Ruego a usted señor Director acceder a mi petición por ser de justicia.

Cajamarca, Noviembre de 2016

Jackeline L. Gonzales Tello

D.N.I. 71960669

ANEXO N°4

TABLAS COMPLEMENTARIAS DEL GRUPO FOCAL

Tabla 1: Estabilidad de pareja de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca-2017.

TIENE PAREJA ESTABLE	N	%
Si	10	100.0

Fuente: Grupo Focal de gestantes atendidas en el servicio de Emergencia del Centro de Salud Baños del Inca-2017

Tabla 2: Frecuencia de la Actividad Sexual en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca-2017.

ACTIVIDAD SEXUAL	N	%
Diario	3	30.0
Ocasional	7	70.0

Fuente: Grupo Focal de gestantes atendidas en el servicio de Emergencia del Centro de Salud Baños del Inca-2017

Tabla 3: Frecuencia en la Higiene Íntima que realizan las gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca-2017.

FRECUENCIA DE HIGIENE INTIMA	N	%
Diario	5	50.0
Interdiario	5	50.0

Fuente: Grupo Focal de gestantes atendidas en el servicio de Emergencia del Centro de Salud Baños del Inca-2017

Tabla 4: Insumos que usan en la Higiene íntima las gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca-2017.

INSUMOS QUE USA EN LA HIGIENE ÍNTIMA	N	%
Agua pura	2	20.0
Agua de hiervas	4	40.0
Jabón	4	40.0

Fuente: Grupo Focal de gestantes atendidas en el servicio de Emergencia del Centro de Salud Baños del Inca-2017

Tabla 5: Tipos de prenda íntima que utilizan las gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca-2017.

TIPO DE PRENDA ÍNTIMA	N	%
Algodón	8	80.0
Otros	2	20.0

Fuente: Grupo Focal de gestantes atendidas en el servicio de Emergencia del Centro de Salud Baños del Inca-2017

Tabla 6: Uso permanente de falda o pantalón en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca-2017.

USO PERMANENTE DE FALDA O PANTALÓN	N	%
Falda	5	50.0
Pantalón	5	50.0

Fuente: Grupo Focal de gestantes atendidas en el servicio de Emergencia del Centro de Salud Baños del Inca-2017