



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO ACADÉMICO

**“COMPLICACIONES DE LAS INFECCIONES URINARIAS EN LAS
MUJERES GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD DE UMAMARCA DE
MAYO A JULIO DEL 2018”**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD DE:

CUIDADOS QUIRURGICOS

PRESENTADO POR:

SUSANITA CARRASCO CONTRERAS

ASESOR

DR. JOSE JORGE CAMPOS MARTINEZ

CHINCHA-ICA-PERU,

2018

ÍNDICE

ÍNDICE

INTRODUCCION

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	07
1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	08
1.3 PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN.....	08
1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL.....	08
1.3.2 PROBLEMA SECUNDARIO.....	09
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	09
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	09
1.4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	09
1.5 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
1.5.1 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA.....	10
1.5.2 LIMITACIONES.....	12

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	13
2.2 BASES TEÓRICAS.....	14

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS GENERAL.....	28
3.2 HIPÓTESIS SECUNDARIA.....	28

3.3 VARIABLES (DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL).....	28
--	----

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	42
4.2 MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	42
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN.....	43
4.3.1 POBLACIÓN.....	43
4.3.2 MUESTRA.....	44
4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	44
4.4.1 TÉCNICAS E INSTRUMENTO.....	44
4.4.2 FUENTES.....	44

CAPÍTULO V: ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

5.1 RECURSOS (HUMANOS, MATERIALES).....	45
5.2 PRESUPUESTO.....	45
5.3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un estado normal y saludable que muchas mujeres aspiran a ser en algún momento en su vida. Sin embargo, el embarazo también puede hacer que las mujeres sean más susceptibles a ciertas infecciones. El embarazo también puede hacer que estas infecciones sean más graves. Incluso las infecciones leves pueden conducir a graves enfermedades en mujeres embarazadas.

La infección es la invasión de los tejidos corporales de un organismo causando enfermedades, su multiplicación y la reacción de los tejidos del huésped a estos organismos y las toxinas que producen. Las infecciones son causadas por agentes infecciosos, incluidos virus, viroides, priones, bacterias, nematodos tales como lombrices parasitarias y lombrices intestinales, artrópodos como garrapatas, ácaros, pulgas y piojos, hongos como la tiña y otros parásitos como tenias y otros helmintos. (Cherney 2016.)

Las infecciones más comunes ocurren durante el embarazo, por lo que las mujeres embarazadas tienen un alto riesgo de desarrollar infecciones virales y bacterianas. Algunas infecciones pueden pasar al feto antes o durante nacimiento. También dañan al feto o causan un aborto espontáneo o un nacimiento prematuro. Malos hábitos de salud, dieta deficiente, el sexo poco razonable durante el embarazo puede causar infección durante el embarazo. Como una enfermera, es muy importante saber sobre la infección durante el embarazo. Es la responsabilidad de una enfermera para ayudar a las mujeres embarazadas a prevenir infecciones y brindar educación de salud a las mujeres embarazadas.

Las mujeres embarazadas son particularmente vulnerables a la infección. No solo hace que la embarazada enferme, pero

también influye en el bebé. Afortunadamente, las mujeres embarazadas pueden ser inmunes a algunas enfermedades infecciosas.

Sin embargo, después de la infección durante el embarazo, algunas bacterias pueden pasar a través de la placenta o infectar al bebé en el proceso del nacimiento. Si sucede, puede tener serias consecuencias para el feto. Además, si las mujeres embarazadas están infectadas por ciertas enfermedades durante el embarazo, hará que la enfermedad sea más grave y cause complicaciones como prematuro.

Entrega, aunque no hay manera de evitar completamente la infección durante embarazo, podemos tomar algunas medidas para reducir la probabilidad de enfermedad. Si la embarazada las mujeres están infectadas con una enfermedad durante el embarazo, también podemos tomar algunas medidas para reducir las posibilidades de tener algunas consecuencias graves de las mujeres embarazadas y los bebés.

Por lo tanto, el examen prenatal es muy importante. (Barss 2016.). La razón por la que elegí este tema es porque tengo cierta experiencia en ginecología y obstetricia. Y vi muchas mujeres embarazadas que tenían una ligera infección con la vagina durante el embarazo. Entonces algunos de ellos empeoraron más tarde. Como enfermera, quiero que el paciente encuentre los síntomas por primera vez porque la salud de las mujeres embarazadas es importante en ese momento especial.

Si el no se pueden encontrar síntomas de alguna infección leve, se convertirán en infecciones graves. Después eso, los infantes también serán influenciados. Creo que el período de embarazo es el momento

más feliz, por lo quiero que cada mujer embarazada tenga una experiencia maravillosa durante el embarazo.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La infección del tracto urinario (ITU) es una infección causada por la presencia y el crecimiento de microorganismos en cualquier parte del tracto urinario. Por lo general, se debe a las bacterias del tracto digestivo que sube la apertura de la uretra y comienza a multiplicarse para causar infección [Rahimkhani et al., 2008; Okonko et al., 2009].

A diferencia de los hombres, las mujeres son más susceptibles a la ITU, y esto se debe principalmente a la uretra corta, ausencia de próstata secreción, embarazo y fácil contaminación del tracto urinario con flora fecal [Haider et al., 2010]).

La infección del tracto urinario en el embarazo se asocia con una morbilidad significativa para ambos, madre y bebé. La combinación de mecánica, hormonal y fisiológica cambios durante el embarazo contribuye a cambios significativos en el tracto urinario, que tiene un profundo impacto en la adquisición y la historia natural de bacteriuria durante embarazo [Taher et al., 2009].

Las infecciones del tracto urinario en el embarazo también pueden conducir a un embarazo desfavorable resultados y complicaciones tales como pielonefritis, enfermedad hipertensiva del embarazo, anemia, insuficiencia renal crónica, parto prematuro, bajo peso al nacer y mortalidad fetal [Delzell, 2000; Foxman, 2002].

La incidencia de estas complicaciones se puede disminuir al tratar rápidamente la bacteriuria sintomática y asintomática durante el embarazo [Delzell, 2000].

Debido a las posibles secuelas adversas de la ITU en el embarazo, la mayoría de las clínicas realizar un análisis de orina de rutina de la muestra de orina en el medio durante uno o más controles prenatales visitas a clínicas (ANC) [Smaill, 2007]. Sin embargo, la cultura y la droga antimicrobiana las pruebas de susceptibilidad son necesarias con fines de vigilancia para guiar a los médicos en el un manejo adecuado y evitar el tratamiento empírico de las mujeres embarazadas con Bacteriuria asintomática y sintomática [Colgan et al., 2006].

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El presente proyecto de investigación se desarrollará en; el Consultorio de Atención Prenatal del Centro de Salud Umamarca, en el distrito de Tumay Huaraca, provincia de Andahuaylas, región de Apurímac.

1.3 PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuáles son las complicaciones de la infección urinaria en gestantes del Centro de Salud Umamarca de mayo a julio del 2018?

1.3.2 PROBLEMA SECUNDARIO

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas asociadas con la infección urinaria en gestantes del Centro de Salud Umamarca de mayo a julio de 2018?
- ¿Cuáles son los agentes etiológicos principales causales de infección urinaria en gestantes del Centro de Salud Umamarca de mayo a julio de 2018?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las complicaciones de la infección urinaria en las gestantes del Centro de Salud Umamarca de mayo a julio de 2018.

1.4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Determinar la incidencia de amenazas de parto pre término y ruptura prematura de membranas relacionado con infección urinaria en gestantes del Centro de Salud Umamarca de mayo a julio de 2018.
- Determinar el agente etiológico más frecuente en infecciones urinarias en gestantes del Centro de Salud Umamarca de mayo a julio de 2018.
- Identificar las características sociodemográficas más frecuentes asociadas con infección urinaria en gestantes del Centro de Salud Umamarca de mayo a julio de 2018.

1.5 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

La infección del tracto urinario es un problema de salud común entre las mujeres embarazadas. Esto usualmente comienza en la semana 6 y alcanza su punto máximo durante las semanas 22 a 24 del embarazo debido a una serie de factores que incluyen dilatación uretral, aumento del volumen de la vejiga y disminución de la vejiga tono, junto con disminución del tono uretral que contribuye a un aumento del estasis urinaria y reflujo ureterovesical y hasta el 70% de las mujeres embarazadas desarrollan glucosuria, que fomenta el crecimiento bacteriano en la orina [Van et al., 2006].

La prevalencia de ITU en el embarazo también está estrechamente relacionado con factores socioeconómicos [Turck et al., 1962]. Predictores de las formas asintomáticas de IU incluyen: estado de bienestar, aumento de la edad materna, multiparte, historia de IU infantiles e historia de IU recurrentes. Ha sido reportado que las mujeres indigentes tienen una incidencia cinco veces mayor de bacteriuria que las no indigentes poblaciones [Turck et al., 1962].

La prevalencia también aumenta notablemente si las mujeres presentar ciertas condiciones médicas preexistentes, como diabetes mellitus, anemia drepanocítica enfermedad, estados de inmunodeficiencia,

anomalías anatómicas del tracto urinario, lesiones de la médula espinal y enfermedades psiquiátricas [Verani et al., 2010]. Sin embargo, hay cierta controversia sobre los efectos de estos factores del huésped como predictores de infecciones urinarias [Fátima e Ishrat, 2006]. UTI antes del embarazo es un predictor para el diagnóstico de bacteriuria asintomática en el primer visita prenatal [Tugrul et al., 2005].

Factores de riesgo para desarrollar cistitis y pielonefritis en el embarazo incluyen los mencionados anteriormente, así como un historial de Chlamydia trachomatis infección y uso de drogas ilícitas [Ovalle et al., 1989].

Se estima que entre el 2 y el 10% de las mujeres embarazadas padecen alguna forma de infección de las vías urinarias [Sheffield] y Cunningham, 2005].

Estas infecciones complican hasta el 20% de los embarazos y son 4 responsable de la mayoría de las admisiones anteparto a la medicina materno-fetal unidades [Lee et al., 2008]. La prevalencia de formas asintomáticas de ITU se ha mantenido constante en todos los países, y la mayoría de los estudios observacionales recientes informan tasas, que van del 2 al 10% similar a la de las mujeres no embarazadas [Wagenlehner et al., 2009]. La cistitis aguda es prevalente en 1 a 4% de las mujeres embarazadas [Duarte et al., 2008].

A pesar de la relativamente baja prevalencia de pielonefritis durante el embarazo (0.5 a 2%), es estiman que del 20% al 40% de las mujeres embarazadas con

bacteriuria asintomática desarrollar esta condición más tarde en la gestación [Jolley y Wing, 2010]. Un estudio mostró que si La ITU no se trata, el 30% de las madres desarrollan pielonefritis aguda en comparación con 1.8% de controles no bacteriúricos. Muchos estudios han informado que la pielonefritis es más común durante la segunda mitad del embarazo, con un pico de incidencia durante los dos últimos trimestres del embarazo [Gilstrap et al., 1981].

La pielonefritis aguda puede provocar efectos adversos resultados para el bebé y la madre, como parto prematuro, bajo peso al nacer lactantes, preeclampsia, hipertensión, insuficiencia renal y muerte fetal [Hill et al., 2005].

1.5.2 LIMITACIONES

Cuando nos referimos a las limitaciones de la investigación educativa efectuada, necesariamente hablamos sobre aquellos obstáculos que ponen trabas durante la investigación en los aspectos: teórico, temporal, muestra y metodológico.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Infección recurrente del tracto urinario Annette Epp, MD (2018),
Objetivo Proporcionar una actualización de la definición, epidemiología, presentación clínica, investigación, tratamiento y prevención de las infecciones recurrentes del tracto urinario en las mujeres. Opciones La profilaxis antibiótica continua, la profilaxis con antibióticos después del coito y el autotratamiento agudo son todas alternativas eficaces para prevenir la infección recurrente del tracto urinario. El jugo de estrógeno vaginal y arándano también puede ser una alternativa profiláctica efectiva. Evidencia Una búsqueda de PubMed y The Cochrane Library para artículos publicados en inglés identificó la literatura más relevante. Los resultados se restringieron a revisiones sistemáticas, ensayos de control aleatorio / ensayos clínicos controlados y estudios observacionales. No hubo restricciones de fecha. Valores Esta actualización es el consenso del Subcomité de Uroginecología de la Sociedad de Obstetras y Ginecólogos de Canadá. Las recomendaciones se realizaron de acuerdo con las directrices desarrolladas por la Fuerza de Tarea Canadiense sobre Atención Médica Preventiva (Tabla 1). Opciones Las infecciones recurrentes del tracto urinario necesitan una investigación cuidadosa y pueden tratarse y prevenirse de manera eficiente. Se pueden seleccionar diferentes opciones de profilaxis.

Recomendaciones 1. El análisis de orina y el cultivo y sensibilidad de la orina en la mitad de la corriente deben

realizarse con la primera presentación de los síntomas para establecer un diagnóstico correcto de infección recurrente del tracto urinario (III-L). 2. Los pacientes con hematuria persistente o crecimiento persistente de bacterias además de *Escherichia coli* deben someterse a cistoscopia e imágenes de las vías urinarias superiores (III-L). 3. Se debe alentar a las mujeres sexualmente activas que sufren infecciones recurrentes del tracto urinario y que usan espermicida a considerar una forma alternativa de anticoncepción (II-2B). 4. La profilaxis para la infección recurrente del tracto urinario no debe realizarse hasta que un cultivo negativo de 1 a 2 semanas después del tratamiento haya confirmado la erradicación de la infección del tracto urinario (III-L). 5. La profilaxis antibiótica diaria continua con cotrimoxazol, nitrofurantoína, cefalexina, trimetoprima, trimetoprim-sulfametoxazol o una quinolona durante un período de 6 a 12 meses se debe ofrecer a las mujeres con infecciones 2: 2 del tracto urinario en 6 meses o 2: 3. infecciones del tracto urinario en 12 meses (IA). 6. A las mujeres con infección recurrente del tracto urinario asociada con las relaciones sexuales se les debe ofrecer profilaxis post-coital como alternativa a la terapia continua para minimizar el costo y los efectos secundarios (I-A). 7. El autotratamiento agudo debe restringirse a pacientes conformes y motivados en quienes las infecciones recurrentes del tracto urinario hayan sido claramente documentadas (I-B). 8. El estrógeno vaginal se debe ofrecer a las mujeres posmenopáusicas que experimentan infecciones recurrentes del tracto urinario (I-A). 9. Los pacientes deben ser informados de que los productos de arándano son efectivos para reducir las infecciones recurrentes del tracto urinario (I-A). 10. La acupuntura se puede considerar como una alternativa en la prevención de infecciones recurrentes del tracto urinario en mujeres que no responden o

no toleran la profilaxis con antibióticos (I-B). 11. Los probióticos y las vacunas no pueden ofrecerse como terapia probada para la infección recurrente del tracto urinario (II-2C). 12. Las mujeres embarazadas con riesgo de infección recurrente del tracto urinario deben recibir profilaxis continua o poscoital con nitrofurantoína o cefalexina, excepto durante las últimas 4 semanas

1.2 BASES TEÓRICAS

Embarazo

Definición. El embarazo es un proceso fisiológico en el que un organismo independiente y autónomo adapta su funcionalismo para permitir el desarrollo en su interior de un organismo dependiente a través de cambios tanto anatómicos como fisiológicos en la mayoría de los órganos. Estas adaptaciones comienzan justo después de la concepción y finalizan unas semanas después del parto. El propósito de estos cambios es suministrar las necesidades nutricionales a la unidad feto-placentaria. (Cabero Roura & Cabrillo Rodríguez, 2013) Aunque el período de gestación en la mujer es variable, la duración media desde el primer día de la última menstruación es de 280 días a 40 semanas. Si se calcula desde la fecha de la concepción el embarazo en la mujer tiene una duración media de 266 días o 38 semanas. (Cabero Roura & Cabrillo Rodríguez, 2013) Para los fines de obstetricia, la edad gestacional o edad menstrual es el tiempo transcurrido desde el primer día del último periodo normal, que de hecho antecede al tiempo de fertilización del ovocito. La gestación se puede dividir en unidades que consisten en tres meses calendario

cada una, o tres trimestres. El primer trimestre inicia desde momento de la concepción hasta las 12.6 semanas; el segundo trimestre: de la semana 13 a la 28.6 semana y el tercer trimestre: de la semana 29 a la 40.6 semana. (DeCherney, Laufer, Nathan, & Roman, 2014)

2.2.9 Infección del tracto urinario

Se define como infección del tracto urinario, a la colonización y multiplicación microbiana, habitualmente bacteriana a lo largo del trayecto del tracto urinario, con o sin presencia de sintomatología. (González Monte, 2016) Otra definición de infección del tracto urinario, es como el recuento bacteriano (monomicrobiano) en orina igual o mayor de 100.000 UFC/ml de orina, con al menos un síntoma indicativo de infección del tracto urinario (disuria, aumento de frecuencia o urgencia miccional). Se incluyen tanto los episodios del tracto urinario bajo (cistitis) como del tracto urinario alto (pielonefritis). (Frantchez, 2014) .

2.2.10 Infección del tracto urinario en el Embarazo

Existencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario de la gestante con o sin presencia de síntomas, que se relaciona con un incremento significativo en la morbilidad tanto en la madre como en el feto. (Arriola Peñalosa, Arriaga Dávila, Pérez Rodríguez, López Ocaña, & Vinegra Osorio, 2016)

Epidemiología La infección urinaria es la complicación médica más frecuente en el embarazo, pudiendo alcanzar especial gravedad tanto para la madre como para el feto. Un 29% de los embarazos se complica por una infección urinaria, representando el 10% de las admisiones hospitalarias durante este periodo. Se estima que la prevalencia de Bacteriuria Asintomática varía entre 9 2% y 10%, similar a las mujeres no embarazadas. Hay una escasez de datos sobre la cistitis aguda en el embarazo, sin embargo su prevalencia se observa en 1 – 4 %. La prevalencia de pielonefritis aguda en la mayoría de los informes oscila entre 0,5% y 2% de los embarazos. (Matuszkiewicz-rowińska, Małyszko, & Wieliczko, 2015) El riesgo de desarrollar una infección del tracto urinario comienza en la sexta semana y tiene su pico durante las 22 a 24 semanas. (Michelim, Bosi, & Comparsi, 2016)

2.2.11 Cambios Anatómicos del Riñón y del Árbol Urinario durante la gestación.

Durante el embarazo, el riñón y las vías urinarias van a sufrir importantes cambios en lo que se refiere a su anatomía. La dilatación de la pelvis renal, los cálices y los uréteres, que se observa de forma casi constante en el embarazo, provocan el aumento del espacio muerto urinario. (Cabero Roura & Cabrillo Rodríguez, 2013)

- Riñón: Aumenta aproximadamente 1 a 1.5 centímetros de tamaño. Este es debido al aumento de la vascularización, a la

dilatación vascular, así como al aumento en el contenido de agua, no así a un aumento del tejido intersticial. (González Merlo, Lailla Vicens, Fabre González, & González Basquet, 2013)

- Uréteres: Se encuentran dilatados a lo largo de la gestación. Esta dilatación se manifiesta ya desde las primeras semanas de gestación y es más acusada en el tercer trimestre de gestación principalmente en el lado derecho. Esta ha sido explicada por diversos mecanismos, como la dextrorrotación, la compresión producida por el mayor crecimiento de la vena ovárica derecha y la amortiguación que ejerce el sigma sobre el uréter izquierdo. El desarrollo de esta dilatación se ha relacionado con la acción relajante de la progesterona, sobre la fibra muscular lisa. Debido a esta existe retraso en la eliminación urinaria y, por lo consiguiente, el incremento de las infecciones urinarias. (Cabero Roura & Cabrillo Rodríguez, 2013)

- Vejiga. A medida que crece el útero, la vejiga se desplaza hacia arriba y se aplana en el diámetro anterosuperior. Uno de los primeros síntomas es el aumento en la frecuencia urinaria. Se presenta un aumento en la vascularidad y una reducción en el tono muscular, lo cual incrementa la capacidad vesical hasta 1 500ml. (DeCherney et al., 2014)

.

- La uretra se adapta a este cambio, aumentando su presión intrauretral y alongándose, manteniendo así la continencia

urinaria. Aun así, no es infrecuente que la gestante presente algún episodio de incontinencia urinaria al final de la gestación. (Cabero Roura & Cabrillo Rodríguez, 2013)

2.2.12 Cambios Fisiológicos del Tracto Urinario durante el embarazo.

2.2.12.1 Cambios Hemodinámicos.

Durante el embarazo el filtrado glomerular aumenta de un 30 a un 50% ya en la semana 12, y se mantiene así hacia el final de la gestación volviendo a los valores previos tras el parto. En la gestante sin nefropatía preexistente, el incremento del filtrado glomerular se debe a un aumento del flujo plasmático renal y no a aumentos en la presión de los capilares glomerulares. (González Merlo et al., 2013)

Desde el inicio del embarazo se observa un aumento del flujo sanguíneo (300 ml) y del flujo plasmático renal (200 ml), que alcanzan valores de 1.400 y 800 ml/minuto, respectivamente. Estos valores permanecen aumentados durante la primera mitad del embarazo, con una moderada reducción en etapas posteriores. Esto se debe, en parte al incremento del volumen minuto cardíaco y del volumen sanguíneo plasmático circulante, mientras que la disminución está relacionada con la obstrucción del árbol urinario y de la vena cava inferior. (Pérez, 2012)

Las hormonas que participan en estos cambios pueden incluir a la progesterona y la relaxina (a través de la regulación ascendente de la metaloproteínasa-2 de la matriz vascular). Es

probable que las sustancias que elabora el endotelio, como la endotelina (ET) y óxido nítrico (mediante el aumento en 3,5 monofosfato de guanosina cíclico) participen de manera crítica en la reducción de la resistencia vascular renal. Un factor adicional es el incremento en el gasto cardiaco, que permite una mayor perfusión renal sin privar del flujo sanguíneo a otros órganos. (DeCherney et al., 2014)

2.2.12.2 Cambios en la Función Tubular.

El gran aumento que se produce en la filtración glomerular requiere una compensación por parte del túbulo para evitar la pérdida de sodio por la orina. Este aumento en la reabsorción de Na⁺ se produce principalmente en el túbulo proximal, aunque todas las partes de la nefrona se ven involucradas. (Cabero Roura & Cabrillo Rodríguez, 2013)

La aldosterona regula la absorción de sodio en los túbulos distales, el efecto neto de este control es un descenso en las concentraciones plasmáticas de sodio de aproximadamente 5mEq/l y una disminución en la osmolaridad plasmática cercana a 10mOsm/kg.

Durante el embarazo, el aumento en la secreción hipofisaria de vasopresina se equilibra en gran medida con la producción placentaria de vasopresina.(Flick & Kahn, 2013)

El metabolismo del potasio permanece sin cambios, aunque existe una retención progresiva de 350 mEq de K⁺, requeridos para el desarrollo del feto y para la creación de glóbulos rojos por la gestante. (Cabero Roura & Cabrillo Rodríguez, 2013)

La depuración renal de creatinina aumenta a medida que se eleva la tasa de filtración glomerular (GFR), con depuraciones máximas 50% mayores que los niveles de mujeres no embarazadas. La depuración de creatinina disminuye un tanto después de las 30 semanas de gestación. (Flick & Kahn, 2013)

El aclaramiento de ácido úrico también se incrementa con el aumento del filtrado glomerular. Esto ocasiona una disminución de los niveles entre 2,5 y 4 mg/dl al comienzo de la gestación. (Cabero Roura & Cabrillo Rodríguez, 2013)

El aumento en la GFR con saturación de la capacidad de reabsorción tubular de la glucosa filtrada puede conducir a glucosuria. De hecho, más de 50% de las mujeres tienen glucosuria en algún momento durante el embarazo.

El aumento en las concentraciones urinarias de glucosa contribuye a la mayor susceptibilidad de las embarazadas a presentar infecciones de vías urinarias. (DeCherney et al., 2014)

La excreción de algunos aminoácidos, como glicina, histidina, treonina, serina y alanina, se ve incrementada, sin embargo, no se incrementa la proteinuria en pacientes que no la presentaban previamente al embarazo. Higby y cols.

determinaron la proteinuria media en gestantes sin preeclampsia y sin patología renal subyacente obteniendo un valor medio de 116,9 mg al día. (Cabero Roura & Cabrillo Rodríguez, 2013)

La pérdida de proteína en orina no supera 300mg en 24 horas, que es similar a la de las mujeres no embarazadas. En consecuencia, la proteinuria mayor de 300mg en 24 horas sugiere un trastorno renal. (DeCherney et al., 2014)

2.2.13 Etiología de la infección urinaria durante el embarazo.

Los patógenos responsables de las infecciones urinarias durante el embarazo son similares a los de la población general. La mayoría de las infecciones son causadas por Enterobacteriaceae, que se encuentran comúnmente en el tracto gastrointestinal, figurando la E.coli como responsable del 63-85% de los casos. (Matuszkiewicz-rowińska et al., 2015) Con mucha menor frecuencia encontramos proteus (3-3,5%) y Klebsiella pneumoniae (1,7-6%). Aún menos frecuentes son enterobacter (3%), enterococo, estreptococos del grupo B (GBS) (2-7%) y staphylococcus saprophyticus (2%). Otros microorganismos como la gardnerella vaginalis, lactobacilli, chlamydia trachomatis y ureoplasma urealyticum tienen un papel incierto en la patogénesis de la enfermedad (Cabero Roura & Cabrillo Rodríguez, 2013).

2.2.16.2 Amenaza de Parto Pretérmino y Parto Pretérmino.

Se define clásicamente como amenaza de parto prematuro o pretérmino a la presencia de contracciones uterinas (cuatro cada 20-30 minutos u ocho cada 60 minutos, palpables y de más de 30 segundos de duración) con modificaciones de partes blandas (Bishop mayor de 5 o longitud cervical menor de 25mm) desde las 22 hasta las 36,6 semanas de gestación. (Higueras García & Diago Almeda, 2014) 23 Se entiende como parto prematuro o pretérmino, aquel que se produce luego de las 22 semanas y antes de las 37 semanas de gestación, según el momento en el que se produzca se clasifica en diversos tipos:

- Tardío: aquel que se produce entre las 34-36.6 semanas
- Moderado: 32 – 33.6 semanas
- Muy temprano: 28 – 32 semanas
- Extremadamente prematuro: menos de 28 semanas. (Higueras García & Diago Almeda, 2014)

En un estudio realizado por Millar et al, demostró que las mujeres con pielonefritis tenían en un promedio cinco contracciones por hora en el momento del ingreso hospitalario, las cuales disminuyeron a dos por hora después de 6 horas de administración de soluciones intravenosas y antimicrobianos.

Concluyendo que el tratamiento antibiótico oportuno redujo el riesgo de parto prematuro (Cunningham et al., 2010)

2.2.16.3 Rotura prematura de membranas.

Entendemos por rotura prematura de membranas (RPM) o, la rotura de las membranas ovulares antes del inicio del parto, sea éste a término o pretérmino, con la consiguiente salida de líquido amniótico (LA) y comunicación de la cavidad uterina con el endocervix y la vagina. (Cararach Ramoneda & Cobo Cobo, 2013)

La evidencia actual sugiere que la infección materna genitourinaria, está asociado a una mayor tasa de prematuridad, de corioamnionitis clínica y mayor morbilidad neonatal a corto plazo y a largo plazo. (Cobo & Palacio, 2015)

Por tanto, los microorganismos que tienen acceso a las membranas fetales son capaces de producir la rotura de membranas y el trabajo de parto pretérmino. La principal vía de acceso de los microorganismos a las membranas amnióticas es a través de la vagina y del cérvix, pero en ocasiones puede ser por vía hematogena. (González Bosquet, 2013)

2.2.16.4 Corioamnionitis.

La mayoría de los casos se originan por vía ascendente o por vía hematógena por gérmenes provenientes de otro foco infeccioso.

El mecanismo de infección se puede explicar en cuatro estadios.

En el primero se produce una proliferación excesiva de microorganismos a nivel vaginal y del canal cervical, con un desbalance en la flora vaginal normal (vaginosis). Posteriormente, estos gérmenes, de acuerdo a características propias tales como virulencia, tamaño del inóculo, etc., son capaces de invadir el espacio coriodecidual y provocar una reacción inflamatoria local (estadio II). Desde este punto los microorganismos invaden los vasos fetales causando una coriovasculitis, o bien pueden invadir el amnios y causar una infección intraamniótica (estadio III). Una vez alcanzado este estado, las bacterias pueden invadir al feto por distintas puertas de entrada (estadio IV). La principal de ellas es la deglución de líquido amniótico con bacterias, causando neumonía congénita. Pueden verse además otras localizaciones infecciosas por contacto directo y también infecciones sistémicas, como las infecciones del tracto urinario producto de invasión bacteriana de la circulación materna. (Oyarzún Ebensperger & Belmar Jones, 2013)

Las manifestaciones clínicas de la corioamnionitis presentan grandes variaciones según cada paciente, sin embargo es posible encontrar signos y síntomas inespecíficos como fiebre materna ($>37,5^{\circ}\text{C}$), dolor abdominal o vaginal y taquicardia

materna (>100/min) y fetal (>160/min). (Mendoza R, Palomino Briceño, Ramos Franco, Rodríguez Guerra, & Rodríguez Niño, 2013)

2.2.17.5. Preeclampsia

A pesar de los múltiples estudios realizados sobre la relación entre las infecciones del tracto urinario y el aumento del riesgo de preeclampsia está aún no está del todo documentada, pues no existen pruebas claras que vinculen a las endotoxinas con el origen de la preeclampsia.

2.2.16.5 Bajo peso al nacer

Se define como un recién nacido que presenta una longitud y/o peso al nacimiento menor a dos desviaciones estándar o cuyo percentil sea menor a 3 para su edad gestacional.

Actualmente se considera que todo recién nacido con un peso menor de 2.500 gramos es de bajo peso, con peso menor de 1.500 gramos es de muy bajo peso y aquel que pesa menos de 1.000 gramos se denomina de extremo bajo peso. (Mancilla, Sánchez, Beltramino, & Copto, 2013)

Se puede diferenciar además si el niño es pequeño para su edad gestacional simétrico o armónico se caracteriza por disminución de forma proporcionada de sus segmentos corporales.

La infección urinaria constituye un riesgo predictivo de bajo peso al nacer, hasta el momento se conoce muy poco sobre la fisiopatología de este mecanismo, sin embargo, se acepta que la infección urinaria de larga evolución puede afectar al feto indirectamente a través de productos de bacterias, como endotoxinas y exotoxinas, las cuales actúan disminuyendo el flujo sanguíneo a los tejidos viscerales y pélvicos así como también reducen el paso de principios nutritivos de la madre al feto y la composición de la sangre materna a nivel de las vellosidades placentarias, además es probable que existan mecanismos mediados por quininas, prostaglandinas, linfotoxinas y otras sustancias biológicamente activas, que son liberadas en los líquidos intracelulares, durante los estados de infección e inflamación. De esta manera podría esperarse que esa carencia a nivel de la madre, afecte al producto de la concepción y cause una deprivación fetal inespecífica, cuya principal manifestación sería el bajo peso al nacimiento. (Althabe & Schawarz, 2011).

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.2 HIPÓTESIS GENERAL

Las complicaciones más frecuentes de la infección urinaria en gestantes del C.S umamarca de mayo a junio de 2018 son la amenaza de parto pretérmino seguido de la ruptura prematura de membranas.

4.2 HIPÓTESIS SECUNDARIA

- La incidencia de amenaza de parto pretérmino y ruptura prematura de membranas es alta por infecciones urinarias.
- El agente etiológico más frecuente probable es la Escherichia Coli.
- Los factores sociodemográficos relacionados más frecuentes son edad, nivel educativo, nivel socioeconómico.

4.3 VARIABLES (DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL)

Variables

Las variables, son los conceptos que forman enunciados de un tipo particular denominado hipótesis.

DIMENSIONES	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR
Factores socioeconómico demográficos	procedencia	Origen, principio de donde nace o se deriva algo.	Lugar donde la gestante ha vivido los últimos cinco años.	Urbano
				Rural
	Edad	Es el intervalo de tiempo estimado o calculado	Es el tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento de la gestante hasta la fecha de la investigación	Nº años

	Nivel de instrucción	Es el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país, considerando tanto los niveles primario, secundario, técnico y universitario del sistema educativo	Es el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que ha cursado la gestante al momento de la investigación.	Analfabeto
				Primaria
				Secundaria
				Técnico Superior
				Superior universitario
	Estado Civil	Condición de soltería,	Condición de soltería,	Soltero

		matrimonio, viudez, etc., de un individuo	matrimonio, viudez, etc., de la gestante al momento de la investigación	Conviviente
				Casado
				Divorciado
				Viudo
Factores biológicos	Peso pre gestacional	Es la cantidad de masa corporal de una gestante antes de embarazarse, se expresa en kilogramos	Es la cantidad de masa corporal de la gestante antes de embarazarse para la presente investigación, se expresa en kilogramos	N° kilos

	Talla materna	Es la medida de la estatura. Puede clasificarse en bajo o adecuado, se expresa en metros.	Es la medida de la estatura de la gestante al momento de la investigación expresado en centímetros.	N° centímetros
	Índice de masa corporal	Es la división entre el peso basal y la talla expresada en kg/m ² (peso/talla ²), cuya fórmula más conocida es el índice de Quetelet (IQ). Se	índice de masa corporal de la gestante al momento de la investigación expresado en delgadez, normalidad, sobrepeso y obesidad	Delgadez III Delgadez III Delgadez I Normal

		expresa en delgadez, normalidad, sobrepeso y obesidad		
				Sobrepeso
				Obesidad I
				Obesidad II
				Obesidad III
Factores obstétricos	Paridad	Se refiere al número de embarazos de una mujer ha dado a luz, un producto mayor de 20 semanas, con un peso	Número de embarazos de la gestante hasta el momento de la investigación con productos mayores de	N° gestaciones

		<p>mayor de 500 grs, mayor de 25 cm de talla, vivo o muerto, independientemente de la salida de la placenta y de la sección del cordón umbilical. Es la expulsión o extracción fuera del útero de un producto de la concepción de 20 semanas o más de edad gestacional, con</p>	<p>20 semanas, peso mayor de 500 grs, mayor de 25 cm de talla, vivo o muerto, independientemente de la salida de la placenta y de la sección del cordón umbilical.</p>	
--	--	---	--	--

		un peso de 500 grs o más.		
Periodo inter genésico		Es el periodo comprendido entre el final del último embarazo (parto o aborto) y el inicio del actual.	Es el periodo comprendido entre el final del ultimo embarazo (parto o aborto) y el inicio del actual de la gestante al momento de la presente investigación	De 2 a 4 años
				< 2 años o > 4 años
Patología		Infección del tracto	Infección del Tracto	

	por Infección Urinaria en la gestante	Urinario de la gestante producto en su proceso reproductivo.	Urinario de la gestante en el presente embarazo	Si No
	Control prenatal	Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de	Número de consultas que realiza la gestante al profesional competente para control del embarazo motivo de la investigación	< 6 6 o + CPN

		la madre. Considerar que todo embarazo es potencialmente de riesgo.		
--	--	---	--	--

Variable para daño:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador
Amenaza de aborto y aborto	La amenaza de aborto se define como la presencia de contracciones uterinas con o sin sangrado sin modificaciones del cuello	Gestante con criterios clínicos para amenaza de aborto o Aborto en curso	Amenaza de

	<p>Uterino antes de las 22 semanas de gestación.</p> <p>El aborto se define como la expulsión parcial o total del producto de la concepción antes de las 22 semanas de gestación o con peso menos de 500 gr. Del producto de la concepción</p>		<p>aborto</p> <p>Aborto en curso</p>
<p>Trabajo de parto</p>	<p>Presencia de dinámica uterina que origina</p>	<p>Gestante con edad gestacional mayor de 22</p>	

pretérmino	borramiento del cérvix mayor 50% y una dilatación mayor de 2 cm. Y posterior nacimiento de un R.N. de 22.1 y 36.6 semanas de edad gestacional.	semanas y menor de 37 ss con presencia de contracciones uterinas capaces de modificar el cuello uterino	Si
			no
Restricción del crecimiento intrauterino	Se define como Restricción de Crecimiento Fetal (RCF), la condición por la cual un	Fetos con crecimiento retardado menor al percentil 10 del esperado	RCIU SEVERO

	feto no expresa su potencialidad genética de crecimiento		RCIU TARDÍO
Bajo peso al nacer	Se define bajo peso al nacer (BPN) como los recién nacidos menores de 2.500 gramos independientemente de la edad gestacional	Recién nacido con peso menor a los 2500 gr independientemente de la edad gestacional	Si
			no

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.5 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Tipo de Investigación

El tipo de investigación asignado a este proyecto de investigación, es la Básica

Nivel de Investigación

Descriptivo y explicativo

4.6 MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Método de la Investigación

El método de este proyecto de investigación, es en función del control experimental ejercido sobre las variables a estudiar. Por lo cual elegimos el método no experimental.

Diseño de la Investigación

El diseño que se tomó para este proyecto de investigación, es el correlacional, puesto que se desea es describir la relación que existe entre las variables en un tiempo determinado.

4.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

4.7.1 POBLACIÓN

La población de estudio en este proyecto de investigación son todas las mujeres gestantes del distrito de Tumay huaraca que son más de 30 en toda la zona.

4.7.2 MUESTRA

La muestra de estudio que se toma para el proyecto de investigación, son las madres gestantes del Centro de salud umamrca.

4.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

4.8.1 TÉCNICAS E INSTRUMENTO

Técnicas

Como técnica de recojo de información, se vio por conveniente hacer:

La encuesta: como técnica de recojo de datos que busca saber sobre un tema de manera relativa, que en este caso se desea saber de parte de las madres gestantes

si tuvieron infecciones urinarias durante su embarazo, con qué frecuencia, etc.

Instrumentos

Como instrumento de recolección de datos tenemos:

La ficha de encuesta: que es un instrumento de recolección de datos, que tiene un esquema simple de preguntas basándose en la realidad socio cultural y lingüística de los encuestados.

4.8.2 FUENTES

Las fuentes que se utilizarán para coadyuvar a la encuesta y dar más validez de los datos son:

Historial clínico: es un documento médico legal, que recaba la información médica de un paciente, que en este caso serán los historiales clínicos de las madres gestantes del Centro de Salud de Umamarca. Para saber los tipos de infección urinaria que tuvieron, si hubo alguna complicación, cuál fue su tratamiento, etc.

CAPÍTULO V: ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

5.4 RECURSOS (HUMANOS, MATERIALES)

Recursos Humanos

- Profesor asesor de tesis.
- 01 Estadístico.
- 01 Digitador.

5.5 PRESUPUESTO

Se hace un detalle de los materiales necesarios en el desarrollo de la investigación.

III. Gastos de movilidad				390
pasajes urbanos	global	1	150.00	150
pasajes inter distritales	global	1	240	240
IV- Otros				250
Fotocopias	global	1	150	150
Acceso a internet	horas	100	1	100
Sub total				3506
Imprevistos (10%)				350.6
Total				3856.6

5.6 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

La investigación tendrá como cronograma de actividades el siguiente proceso que se sintetiza en el siguiente cuadro donde describimos las principales actividades y la estimación en tiempo.

ACTIVIDADES	TIEMPO (MESES)		
	MAYO	JUNIO	JULIO
1-Recopilacion de información.	x		
2-Trabajo de campo y análisis de datos	x	x	
3-Redaccion del informe.		x	
4-Presentacion del informe de investigación.			x

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica y procedimientos en obstetricia y perinatología. Lima Perú: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2010. [[Links](#)]
2. Teppa RJ, Roberts JM. The uriscreen test to detect significant asymptomatic bacteriuria during pregnancy. J Soc Gynecol Investig 2005; 12: 50-3. [[Links](#)]
3. Millar LK, Cox SM. Urinary tract infections complicating pregnancy. Infect Dis Clin North Am 1997; 11: 13-26. [[Links](#)]
4. Vázquez JC, Villar J. Tratamientos para las infecciones urinarias sintomáticas durante el embarazo. Biblioteca Cochrane Plus [Internet] 2007; 3. Disponible en: <http://www.update-software.com> [[Links](#)]
5. Vallejos C. Prevalencia de las Infecciones de Vías Urinarias en embarazadas atendidas en el Hospital Universitario de Puebla. Puebla : Enfermedades Infecciosas y Microbiología, 2010. págs. 118-122. Vol. 30.
6. Williams. Tratado de Ginecología Y Obstetricia. 23 a. Dallas-Texas : Mac Graw-Hill Interamericana editores S.A., 2011. págs. 1033-1038. Vol. Cap. 48.
7. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, PROTOCOLOS SEGO Infección urinaria y gestación (actualizado Febrero 2013) file:///C:/Users/usuario/Downloads/S030450131300191X_S300_es.pdf

8. Emiru et al.: Associated risk factors of urinary tract infection among pregnant women at Felege Hiwot Referral Hospital, Bahir Dar, North West Ethiopia. BMC Research Notes 2013 6:292. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3750516/pdf/1756-0500-6-292.pdf>
9. Icela Rodríguez-Haro¹ , Marco Salazar-Castillo¹ , Verusca JiménezCúneo² , Jorge Del Rosario-Chávarri² y Diana Morillos-Carrasco² Prevalencia de bacteriuria asintomática en gestantes atendidas en el puesto de salud “San Martín” (La Esperanza, Trujillo-Perú) Revista de la Facultad de Ciencias Biológicas Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo. Perú 2011, 37 file:///C:/Users/usuario/Downloads/Prevalencia%20de%20bacteriuria%20asintom%C3%A1tica.pdf
10. Fernández Pérez Wagner Smith, “INCIDENCIA DE INFECCIÓN URINARIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN DE LAMBAYEQUE. JULIO – SEPTIEMBRE 2015”. <http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/828/BC-TES4105.pdf?sequence=1&isAllowed>
11. OMS, Noviembre 2015 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
12. Althabe, O., & Schawarz, R. (2011). Infección en la mujer embarazada y su influencia en el producto de concepción, 199–213. Retrieved from [http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/11189/infeccion en la mujer embarazada y su influencia en el producto de la concepcion2.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/11189/infeccion%20en%20la%20mujer%20embarzada%20y%20su%20influencia%20en%20el%20producto%20de%20la%20concepcion2.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
13. Andrade, J., & Astudillo, C. (2016). Características de Complicaciones Obstétricas en Infección del Tracto Urinario, durante el segundo y tercer trimestre de embarazo, en pacientes

atendidas en el servicio de Ginecología del HVCM, Cuenca 2015.

14. Arriola Peñalosa, M., Arriaga Dávila, J., Pérez Rodríguez, G., López Ocaña, L., & Vinegra Osorio, A. (2016). Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Infección del Tracto Urinario Bajo durante el embarazo, en el Primer Nivel de Atención. Guía de Práctica Clínica México, 1(1), 1–36. Retrieved from <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/078GER.pdf>

15. Cabero Roura, L., & Cabrillo Rodríguez, E. (2013). Tratado de Ginecología y Obstetricia. Medicina Materno Fetal. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.. Tratado de Ginecología y Obstetricia. Medicina Materno Fetal. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2da Edición). Madrid- España: Editorial Médica Panamericana.

16. Calzada, E., Méndez, M., Castillo, B., Romero, J., Sepúlveda, V., & Tenorio, R. (2017). Prevención, diagnóstico y tratamiento de Preeclampsia. Guía de Práctica Clínica-Instituto Mexicano del Seguro Social, (IMSS-020-08), 1–90. Retrieved from <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/020GER.pdf>

ANEXOS

1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO	PREGUNTA DE INVESTIGACION	OBJETIVO DE INVESTIGACION	HIPOTESIS DE INVESTIGACION	METODOLOGIA
<p>COMPLICACIONES DE LAS INFECCIONES URINARIAS EN LAS MUJERES GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD DE UMAMARCA DE MAYO A JULIO DEL 2018</p>	<p>PREGUNTA GENERAL ¿Cuáles son las complicaciones de la infección urinaria en gestantes del Centro de Salud Umamarca de mayo a julio del 2018?</p> <p>PREGUNTAS ESPECIFICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> •¿Cuáles son las características sociodemográficas 	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar las complicaciones de la infección urinaria en las gestantes del Centro de Salud Umamarca de mayo a julio de 2018.</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO</p> <ul style="list-style-type: none"> •Determinar la incidencia de amenazas de parto pre 	<p>HIPOTESIS GENERAL</p> <p>Las complicaciones más frecuentes de la infección urinaria en gestantes del C.S umamarca de mayo a junio de 2018 son la amenaza de parto pretérmino seguido de la ruptura prematura de membranas.</p> <p>HIPOTESIS ESPECIFICA</p>	<p>Método de la Investigación</p> <p>El método de este proyecto de investigación, es en función del control experimental ejercido sobre las variables a estudiar. Por lo cual elegimos el método no</p>

	<p>asociadas con la infección urinaria en gestantes del Centro de Salud Umamarca de mayo a julio de 2018?</p> <p>•¿Cuáles son los agentes etiológicos principales causales de infección urinaria en gestantes del Centro de Salud Umamarca de mayo a julio de 2018?</p>	<p>término y ruptura prematura de membranas relacionado con infección urinaria en gestantes del Centro de Salud Umamarca de mayo a julio de 2018.</p> <p>•Determinar el agente etiológico más frecuente en infecciones urinarias en gestantes del Centro de Salud Umamarca de mayo a julio de 2018.</p> <p>•Identificar las características sociodemográficas más frecuentes asociadas con</p>	<p>•La incidencia de amenaza de parto pretérmino y ruptura prematura de membranas es alta por infecciones urinarias.</p> <p>•El agente etiológico más frecuente probable es la Escherichia Coli.</p> <p>•Los factores sociodemográficos relacionados más frecuentes son edad, nivel educativo, nivel socioeconómico.</p>	<p>experimental.</p> <p>Diseño de la Investigación</p> <p>El diseño que se tomó para este proyecto de investigación, es el correlacional, puesto que se desea describir la relación que existe entre las variables en un tiempo determinado.</p>
--	---	--	--	--

		infección urinaria en gestantes del Centro de Salud Umamarca de mayo a julio de 2018.		
--	--	---	--	--

2. ENCUESTAS

VARIABLE	INDICADOR	
PROCEDENCIA		1. URBANO
		2. RURAL 3.
edad	N° de años
Nivel de instrucción	1	Analfabeta
	2	Primaria

	3	Secundaria
	4	Superior técnico
	5	Superior universitario
Estado Civil	1	Soltero
	2	Conviviente
	3	Casado
	4	Divorciada
	5	Viuda

Número de gestaciones	1	Primigesta
	2	Multigesta
Trimestre de embarazo	1	I trimestre
	2	II trimestre
	3	III trimestre
Periodo Intergenésico	1	Menor de 1 año
	2	De 2a 4 años

	3	
ITU en gestación	1	Si
	2	no
Complicaciones Maternas	1	Amenaza de aborto
	2	Amenaza de parto pretérmino
	3	Parto Pretérmino
	4	Ruptura Prematura de
	5	Membranas
	6	Pielonefritis

		No presentó
--	--	-------------

Complicaciones del Producto	1	Aborto
	2	Prematuridad
	3	Bajo peso al nacer
	4	Restricción del
		Crecimiento Intrauterino
	5	Sepsis Neonatal

	6	No presentó
Control prenatal CPNs	< 6
		6 o + CPN



**FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO
APRECIACION DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE
MEDICIÓN**

N°	ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica.		
2	la secuencia de presentación de ítems es óptima		
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems.		
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.		
5	Los reactivos reflejan el problema de investigación.		
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.		
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación.		
8	Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.		
9	El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores.		
10	Los ítems permiten contrastar la hipótesis.		

FECHA:...../...../.....

NOMBRE Y APELLIDOS



**FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO
APRECIACIÓN DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE
MEDICIÓN**

N°	ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica.		
2	la secuencia de presentación de ítems es óptima		
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems.		
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.		
5	Los reactivos reflejan el problema de investigación.		
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.		
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación.		
8	Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.		
9	El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores.		
10	Los ítems permiten contrastar la hipótesis.		

FECHA:...../...../.....

NOMBRE Y APELLIDOS