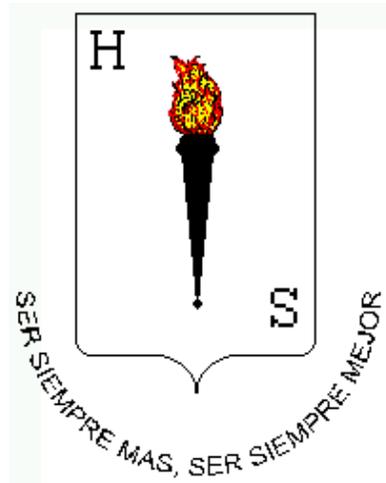


ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE
NUESTRA SEÑORA DE LA ALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE 8722



TESIS

INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS QUE SE PRESENTAN EN EL EMBARAZO Y
PROVOCAN UN PARTO PRETÉRMINO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

MARÍA DE LOURDES CONTRERAS GUTIÉRREZ

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primero que nadie a Dios por la vida, por iluminarme en todo momento en esta hermosa carrera.

A mis padres por apoyarme en todo momento por guiarme con amor y buenos ejemplos y darme esta maravillosa oportunidad de crecer como mujer y hacer de mi mejor persona, por todo el apoyo, amor y confianza que me ayudaron a no vencerme en este camino, por cada uno de los sacrificios que hicieron para que yo concluya una carrera mil gracias

A mis hermanos y familia que nunca dejaron de apoyarme e impulsarme para no darme por vencida, por creer en mí.

A mis profesores que gracias a sus conocimientos transmitidos hoy he concluido una carrera profesional. Pero principalmente quiero agradecer a la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud por abrirme las puertas de su institución y por cada una de sus enseñanzas para crecer como estudiante y mujer.

A mis amigas que nunca me dejaron sola a lo largo de la carrera siempre estuvieron apoyando e impulsándome para no vencerme.

Al personal en general tanto de la escuela como del hospital que a lo largo de estos 4 años me brindaron su amistad y siempre tuvieron una sonrisa para mí gracias.

El éxito se logra a base de esfuerzos y sacrificios los cuales siempre estuvieron presentes en estos cuatro años al igual que las lágrimas pero hoy felizmente puedo decir que valió la pena el sacrificio de estar lejos de mi familia y de las personas que quiero. Gracias

DEDICATORIA

Hoy que concluyo una etapa más en mi vida dedico este logro principalmente a Dios porque nunca me abandono en esos momentos en los que quería dejar todo, por guiar mis pasos y llenarme de bendiciones.

A una gran mujer que siempre estuvo a mi lado apoyándome dándome amor, cariño, consejos, regaños y esas palabras que aunque que fueron fuertes me ayudaron a seguir y no dejar inconcluso este sueño. Gracias Mami por mostrarme la verdad de la vida, enseñarme a amar mi carrera, por siempre dar lo mejor de ti y siempre estar en cada momento que te necesite ser mi amiga la incondicional, la que nunca me mintió y me hizo poner los pies sobre la tierra.

Al hombre incondicional que a lo largo de estos cuatro años siempre estuvo a mi lado dando lo mejor de él, amor, cariño y todas esas palabras tan bonitas que me ayudaban a seguir adelante Gracias por ser tu mi Padre mi mayor inspiración, un hombre maravilloso del que nunca escuche una palabra negativa el que se ha sacrificado por darme lo mejor y cumplir el sueño de mi vida ser una ENFERMERA. Papá, Mamá los amo gracias por ser mi motor parte importante en mi vida y en este sueño.

A mis hermanos, familia pero muy en especial a dos grandes personas en mi vida que aunque hoy no están conmigo físicamente son importantes en este sueño Sr Nicolás Contreras Gómez y Sra. Juana Robles Díaz gracias por todo lo que me dieron en mi vida tanto amor y cariño a ustedes dedico lo que soy pues lo que hace 18 años les dije hoy es una promesa cumplida. Sé que desde donde están nunca me han dejado sola me han iluminado y llenado de bendiciones. Sé que en este momento estarán felices así como lo estoy yo, siempre estarán en mi corazón.

**INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS QUE SE
PRESENTAN EN EL EMBARAZO Y
PROVOCAN UN PARTO PRETÉRMINO**

ÍNDICE

RESUMEN	II
INTRODUCCIÓN	III
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción del problema.....	2
1.2 Pregunta de investigación.....	2
1.3 Objetivos de la investigación.....	2
1.4 Justificación	2
1.5 Viabilidad	3
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....	4
2.1 CIENCIAS DE LA SALUD.....	5
2.2 BIOLOGIA.....	6
2.3 MEDICINA	6
2.4 OBSTETRICIA	7
2.5 EMBARAZO.....	7
2.6 INFECCION DE VIAS URINARIAS.....	8
2.7 ETIOLOGIA.....	9
2.8 PATOGENIA	10
2.9 CAMBIOS FISIOLÓGICOS.....	11
2.10 BACTERIURIA Y EMBARAZO	12
2.11 DIAGNOSTICO.....	14
2.12 TRATAMIENTO	15
2.13 PARTO.....	16
2.14 PARTO PRE-TÉRMINO.....	17
2.15 EPIDEMIOLOGIA	18
2.16 ETIOLOGIA.....	19
2.17 FACTORES DE RIESGO.....	19
2.18 SINTOMAS	21
2.19 DIAGNOSTICO.....	22
2.20 TRATAMIENTO	22

2.21	COMPLICACIONES DEL PARTO PRE-TÉRMINO	24
2.22	ENFERMERIA	25
2.23	INVESTIGACION SOBRE INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	26
2.24	TEÓRICA EN ENFERMERÍA.....	28
CAPÍTULO III ALCANCE Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN		44
3.1	ALCANCE Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	45
CAPÍTULO IV HIPÓTESIS.....		46
4.1	DESCRIPCIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	47
4.2	DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES.....	47
4.3	OPERACIONALIZACIÓN DE LA HIPÓTESIS	47
4.4	CONSTRUCCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE OPERACIÓN.....	48
CAPÍTULO V DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA		51
5.1	INVESTIGACIÓN Y MUESTRA	52
CAPÍTULO VI RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.....		54
6.1	RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.....	55
CAPÍTULO VII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		70
7.1	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	71
BIBLIOGRAFÍA		72

RESUMEN

El propósito de esta investigación es dar a conocer el nivel de conocimientos que tienen las mujeres embarazadas respecto a las infecciones de vías urinarias y el parto pre término los factores predisponentes y los cuidados que se le debe dar a la mujer embarazada.

El parto prematuro que se produce antes de que el feto alcance entre 2000 y 2500g o antes de la 37^a o 38^a semanas de gestación. No existe un parámetro único, de peso fetal o de edad gestacional, que se aplique universalmente para determinar la prematuridad; los criterios aplicados, de los muchos que existen, son dictados por las autoridades sanitarias. El 75% de la mortalidad fetal se asocia con prematuridad.

La infección de las vías urinarias es una infección de uno o más componentes del aparato urinario. La mayoría se deben a gérmenes gramnegativos, y, entre ellos, las bacterias más corrientes son Escherichia coli o especies del genero klebsiella, proteus, pseudomonas o enterobacter. Es más frecuente en mujeres que en hombres y puede ser asintomática. La infección se caracteriza con micción frecuente, escozor, dolor y, si es grave, hematuria macroscópica y pus en la orina.

Las investigaciones realizadas arrojan que las mujeres embarazadas aunque saben lo que son las infecciones de vías urinarias y un parto prematuro, no saben que las infecciones son el principal factor de riesgo para presentar un parto prematuro ni de las complicaciones que están traerán consigo.

INTRODUCCIÓN

En el primer capítulo se hará una descripción sobre el tema a investigar, se menciona el objetivo a seguir para así obtener información necesaria para conocer el nivel de conocimiento que tiene la mujer embarazada con infección de vías urinarias y que provocan un parto prematuro, en donde se mencionan las características que nos ayudaran a llevar a cabo la investigación.

En el segundo capítulo se encuentra toda aquella información que ayudara a manejar el tema de investigación. Partiendo desde lo que son las ciencias de la salud hasta los cuidados de enfermería que se le deben de dar a la mujer embarazada con infección de vías urinarias. En esta investigación se estudiaran temas como la infección de vías urinarias, el parto prematuro y los cuidados de enfermería.

En el tercer capítulo se menciona el diseño de la investigación como se comenzó la estructura y como es que se fue obteniendo la investigación.

En el cuarto capítulo se menciona la hipótesis, describiendo y definiendo variables para de ahí partir a la operacionalización y destacar las ideas principales para hacer la construcción de los instrumentos de mediación los cuales serán de importancia para llegar al resultado que se quiere conocer.

En el capítulo cinco encontraremos el diseño de la investigación y tamaño de la muestra que nos ayudara a verificar si la hipótesis planteada es falsa o verdadera.

En el capítulo seis encontraremos la recopilación y análisis de datos que se llevaron a cabo con las encuestas realizadas para para conocer el nivel de conocimiento que tienen las mujeres embarazadas y se recopila con la realización de graficas

En el capítulo siete se dan a conocer las conclusiones de esta investigación.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

El tema a investigar son las infecciones de vías urinarias que se presentan en el embarazo provocando un parto prematuro. La finalidad de esta investigación es saber que tanto conocimiento tienen las mujeres embarazadas que cursan con infecciones de vías urinarias y que pueden llegar a provocar un parto prematuro pues las infecciones de vías urinarias es un factor de riesgo de los más importantes para presentar un parto prematuro.

Es muy importante darles a conocer a las mujeres embarazadas todos los factores predisponentes para contraer una infección de vías urinarias así como los cuidados de enfermería que se le proporcionarían por parte de la profesional de enfermería.

1.2 Pregunta de investigación

¿Qué porcentaje de mujeres embarazadas con infección de vías urinarias saben que pueden tener un parto pre-término?

1.3 Objetivos de la investigación

Se determina el nivel de conocimiento que tiene la mujer embarazada sobre las infecciones de vías urinarias provocando un parto pre término

1.4 Justificación

Con la presente investigación se pretende brindar adecuados conocimientos a la mujer embarazada que cursa con infección de vías urinarias todas aquellas consecuencias de esta patología llegando a provocar un parto pre término y así también proporcionar dicha información para aumentar conocimiento que se tiene de esta patología.

1.5 Viabilidad

Para la realización de esta investigación se encuestó a 30 mujeres embarazadas con infección de vías urinarias del Hospital de nuestra señora de la salud y de esta forma se logra una viabilidad y que se cuenta con los recursos económicos y materiales.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 CIENCIAS DE LA SALUD

Ciencias de la Salud es la disciplina que proporciona los conocimientos adecuados para la promoción de la salud y el bienestar tanto del individuo como de la colectividad. Entraña un conjunto de diferentes disciplinas (ciencias aplicadas) que están orientadas o se dedican a la salud de seres humanos y animales.

Las Ciencias de la Salud se organizan en dos vertientes:

1. El estudio y la investigación para la adquisición de conocimientos sobre la salud-enfermedad
2. La aplicación de estos conocimientos técnicos.

Ambas vertientes se reúnen para lograr el amplio propósito de: mantener, reponer y mejorar la salud y el bienestar; prevenir, tratar y erradicar enfermedades; y comprender mejor los complejos procesos vitales de los organismos animales y humanos relacionados con la vida, la salud y sus alteraciones (enfermedad).

Se dice que las ciencias de la salud son interdisciplinarias por el hecho de entrelazar o combinar varias ciencias para el estudio de un mismo caso clínico desconocido; o para profundizar el estudio de una forma más especializada.

Las investigaciones de esta ciencia están basadas en las ciencias puras de Biología, Química y Física aunque también en Ciencias Sociales, como la sociología médica, la psicología, etc. Otros campos que han hecho un aporte excepcional y significativo a las Ciencias de la Salud son: Bioquímica, Biotecnología, Ingeniería, Epidemiología, Genética, Enfermería, Farmacología, Farmacéutica, Medicina, etc.

Su finalidad no es solo la de proveer información sino de promover cambios favorables hacia la salud en las actividades y en la conducta de las persona

2.2 BIOLOGIA

Es la ciencia que tiene como objeto de estudio a los seres vivos y, más específicamente, su origen, su evolución y sus propiedades: génesis, nutrición, morfogénesis, reproducción, patogenia, etc. Se ocupa tanto de la descripción de las características y los comportamientos de los organismos individuales como de las especies en su conjunto, así como de la reproducción de los seres vivos y de las interacciones entre ellos y el entorno. De este modo, trata de estudiar la estructura y la dinámica funcional comunes a todos los seres vivos, con el fin de establecer las leyes generales que rigen la vida orgánica y los principios explicativos fundamentales de ésta.

La biología es una ciencia y sus principios y métodos son los de cualquier otra ciencia. De hecho, un principio básico de la biología moderna es que los seres vivos obedecen a las mismas leyes de la física y la química que rigen la materia inanimada.

2.3 MEDICINA

La medicina (del latín medicina, derivado a su vez de medero, que significa 'curar', 'medicar'; originalmente ars medicina que quiere decir el 'arte de la medicina') Es la ciencia dedicada al estudio de la vida, la salud, las enfermedades y la muerte del ser humano, e implica el arte de ejercer tal conocimiento técnico para el mantenimiento y recuperación de la salud, aplicándolo al diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades. La medicina forma parte de las denominadas ciencias de la salud.

2.4 OBSTETRICIA

Rama de la medicina que se encarga del estudio de la mujer embarazada y que incluye el embarazo, parto y puerperio.

Obstetricia y Ginecología en algunos países llamado Gineco obstetricia o toco ginecología son las dos especialidades quirúrgicas que se ocupan de los órganos reproductores femeninos, y, como tal, a menudo se combinan para formar una sola especialidad médica y un programa de formación de postgrado. Esta formación combinada convierte a los practicantes en expertos en el manejo quirúrgico de todo lo concerniente a las patologías clínicas de los órganos reproductores femeninos en especial atención a las embarazadas y las pacientes no embarazadas. En pocas palabras son los que atienden los partos y siguen los embarazos de las mujeres.

2.5 EMBARAZO

(Pregnancy) Gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno; abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento, pasando por los periodos embrionario y fetal. Dura unos 266 días (38 semanas) a partir de la fecundación, pero en la clínica se toma como fecha de partida el día de comienzo de la última menstruación y se considera que se prolonga durante 280 días (40 semanas, 10 meses lunares y nueve meses y un tercio del calendario)

El embarazo o gravidez (del latín graviditas) es el período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero

materno. En teoría, la gestación es del feto y el embarazo es de la mujer, aunque en la práctica muchas personas utilizan ambos términos como sinónimos. En la especie humana las gestaciones suelen ser únicas, aunque pueden producirse embarazos múltiples.

2.6 INFECCION DE VIAS URINARIAS

(Urinary tract infection) infección de uno o más componentes del aparato urinario. La mayoría se deben a gérmenes gramnegativos, y, entre ellos, las bacterias más corrientes son *Escherichia coli* o especies del género *Klebsiella*, *Proteus*, *Pseudomonas* o *Enterobacter*. Es más frecuente en mujeres que en hombres y puede ser asintomática. La infección se caracteriza con micción frecuente, escozor, dolor y, si es grave, hematuria macroscópica y pus en la orina.

Las infecciones del sistema urinario representan una de las patologías más comunes de la mujer durante la gestación y si no son tratadas adecuadamente, Pueden tener una participación significativa en la morbilidad materno-fetal y neonatal. Estas infecciones pueden comprometer tanto las estructuras superiores como las inferiores del sistema urinario y pueden ser sintomáticas o asintomáticas.

La infección más grave y sintomática de las vías urinarias superiores, recibe el nombre de pielonefritis aguda, mientras que la infección sintomática de las vías urinarias bajas, es considerada como cistitis. La infección asintomática de las vías urinarias inferiores es llamada bacteriuria asintomática y se encuentra con mayor frecuencia en la mujer embarazada con una incidencia de 2 a 12%.

A nivel de la vejiga, los cambios hormonales que se producen durante el embarazo predisponen a la elongación de las fibras musculares y a la atonía del sistema urinario. Al principio de la gestación, la vejiga atónica es frecuente y, por tanto, favorece la estasis urinaria, pero medida que aumenta el volumen uterino, la competencia por el espacio hace que la vejiga almacene poca orina y por tanto, la infección se produce por contigüidad y por reflujo ureterovesical.

Por vía ascendente, la infección prosigue por el reflujo vesicouretral que es dado por los cambios mecánicos y los de presiones que existen; como es lógico, el riñón es alcanzado fácilmente. Los cambios mecánicos mencionados, son la compresión que sufre la vejiga por el útero ocupado y por la vena ovárica derecha, que favorece la dilatación, estasis y en consecuencia la infección urinaria.

El embarazo predispone a la aparición de infecciones, porque existen cambios anatómicos y fisiológicos en el sistema urinario durante la gravidez.

Una infección de las vías urinarias preexistente al embarazo puede agravarse durante el transcurso del mismo.

Una infección urinaria puede propiciar que el embarazo se complique con toxemia, prematurez e inclusive con la muerte fetal.

2.7 ETIOLOGIA

Muchos gérmenes distintos pueden invadir el tracto urinario, pero los microorganismos más frecuentes son los bacilos gramnegativos como:

Escherichia coli: Provoca el 80% de las infecciones urinarias agudas en general.

Proteus y Klebsiella son las bacterias aisladas con más frecuencia en personas con litiasis.

Enterobacter, Serratia y Pseudomonas.

Entre las bacterias Gram positivas encontramos:

Staphylococcus saprophyticus

Streptococcus agalactiae

Enterococcus: Indica infección mixta o patología urinaria orgánica.

Staphylococcus aureus: Cuando está presente debe descartarse la contaminación urinaria por vía hematógena si el paciente no es portador de sonda urinaria.

Entre los diferentes hongos que pueden causar la enfermedad encontramos:

Cándida: Es el hongo más frecuente en pacientes con diabetes mellitus, pacientes con sonda urinaria y pacientes que han recibido tratamiento antibiótico previamente.

2.8 PATOGENIA

A causa de su anatomía pélvica padecen más UTI que los hombres. Las bacterias que ascienden desde la uretra colonizada penetran en la vejiga y quizá en el riñón. La uretra de la mujer es más corta y permite con mayor facilidad el acceso de las bacterias hasta la vejiga. Otros factores que contribuyen a la contaminación son la vulva y el recto que son húmedos y calientes y se encuentran muy cercanos. Además, el coito aumenta la inoculación vesical. Las infecciones son resultado de la interacción entre bacterias y hospedador. Los factores que aumentan la virulencia bacteriana son importantes ya que incrementan la colonización de las porciones superior e inferior de las vías urinarias. Los principales factores de virulencia son la mayor adherencia a las células vaginales o uroepiteliales y la producción de hemolisina. La especie bacteriana que con más frecuencia se obtiene en el urocultivo es *Escherichia coli*.

Una vez dentro de la vejiga, las bacterias ascienden dentro de los uréteres hasta la pelvis renal (lo cual es facilitado por el reflujo vesicoureteral) generando

una infección de la porción superior de las vías urinarias. El parénquima renal también se puede infectar por microorganismos hematógenos, especialmente durante la bacteriemia estafilocócica. *Mycobacterium tuberculosis* llega hasta el riñón a través de esta vía y quizá también por ascenso.

2.9 CAMBIOS FISIOLÓGICOS

Cuando la mujer normal se embaraza, el tracto urinario experimenta profundos cambios en toda su extensión. El más obvio de estos cambios es el hidroureter fisiológico del embarazo. Antiguamente la dilatación de los uréteres y de la pelvis renal se atribuía a la obstrucción ureteral por el útero grávido, a la hipertrofia de la vaina longitudinal de los fascículos musculares en el extremo inferior del uréter y a un “desequilibrio” hormonal que produciría atonía del uréter, con la consiguiente disminución de la actividad peristáltica. Durante el embarazo ocurre una dilatación del sistema colector superior que se propaga hacia abajo hasta el estrecho superior de la pelvis. En la mayoría de los embarazos normales las copas caliciales pierden su tono y dejan de concordar bien con las papilas renales. Las pelvis renales y los uréteres superiores, por encima del estrecho superior, se dilatan, se elogan y se tornan tortuosos. Esto es más común y más pronunciado en el lado derecho. El uréter baja a pico en la cavidad pelviana desde el estrecho superior y su ángulo es más acentuado en el lado derecho. Después de los 2 primeros meses el peristaltismo ureteral está disminuido, de los 7 a los 8 meses no se observan contracciones por largos periodos, pero en las últimas semanas de la gestación las presiones intraureterales vuelven a aumentar. La emisión urinaria es normal en los 2 primeros meses, pero disminuye a medida que avanza el embarazo. El volumen ureteral puede aumentar hasta 25 veces lo normal. Ya a la séptima semana de la gestación se hipertrofia mucho la musculatura longitudinal (vaina de Waldeyer) del uréter por debajo del estrecho superior de la pelvis y esto sería importante para prevenir la dilatación del tercio inferior del uréter. La vejiga urinaria también experimenta una disminución progresiva de su tono y un aumento

de su capacidad, de manera que al final del embarazo puede contener doble cantidad de orina de lo usual (1.000 ml) sin producir malestar.

Se pensaba que uno de los factores cardinales que causaba el hidroureter del embarazo era la compresión del uréter en el estrecho superior de la pelvis por el útero creciente o por hipertrofia de la vaina de Waldeyer en el tercio inferior del uréter, pero otros estudios sugirieron que los factores etiológicos principales son las mayores cantidades de progesterona, gonadotrofinas y estrógenos de la gestación, y que el útero grávido desempeñaría un papel importante, pero a todas luces secundario.

2.10 BACTERIURIA Y EMBARAZO

En el embarazo la prevalencia de bacteriuria asintomática esta entre el 4 y 6,9%, es mayor en las embarazadas de condición socioeconómica inferior y aumenta la función de la paridad y de la edad. La mayoría de las mujeres que tienen bacteriuria en el momento del parto han sido bacteriurias desde la primera visita prenatal.

Solo el 1% la adquieren más tarde en el embarazo y a estas pacientes se les detecta en la visita inicial. El 20 a 40 % de las pacientes con bacteriuria al comienzo del embarazo adquieren pielonefritis aguda más adelante, pero este síndrome es raro si la orina no está infectada. Por lo tanto, la gran frecuencia de infección asintomática de vías urinarias en el embarazo no es sino la expresión de una bacteriuria asintomática adquirida antes, la cual, a causa de los cambios específicos que tienen lugar en el tracto urinario en las etapas más avanzadas del embarazo, permiten la colonización bacteriana estable de la orina, con la consiguiente invasión renal. El embarazo solo prepara el terreno para la instalación de la pielonefritis sintomática en mujeres que ya tenían bacteriuria. Estos episodios de pielonefritis aguda se evitan en el 90 % de las mujeres detectando y tratando la bacteriuria asintomática al comienzo de la gestación, pero

las mujeres cuya bacteriuria no responde al tratamiento son las que más riesgo corren de adquirir infección sintomática.

FACTORES PREDISPONENTES PARA INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO

1. Estasis urinaria
2. Menor consumo de líquidos
3. Dilatación de los ureteros
4. Dilatación de cálices y pelvisilla renales
5. Vejiga hipotónica
6. pH alcalino
7. Excreción de nutrientes orina
8. Ligero aumento glucosa en la orina
9. Aumento de flujo vaginal
10. Cercanía de uretra con ano
11. Uretra corta
12. Malos hábitos higiénicos

2.11 DIAGNOSTICO

El diagnostico se realiza mediante la historia clínica completa en donde encontramos los siguientes datos:

1. Disuria
2. Polaquiria
3. Nicturia
4. Tenesmo vesical
5. Orina concentrada (color, olor)
6. Sedimento
7. Dolor suprapubico
8. Astenia
9. Adinamia
10. Anorexia
11. Polidipsia

De esta manera, en ciertas mujeres con infecciones complicadas o recurrentes o con síntomas persistentes o nuevos durante el tratamiento es necesario realizar un examen general de orina con urocultivo. Para que la muestra que se someta a cultivo proporcione la información necesaria, se debe recolectar en forma correcta. Casi siempre basta con una muestra de la mitad del chorro de la orina.

La paciente debe conocer las razones por las que se obtiene la muestra de cierta forma y los pasos a seguir, los que están diseñados para prevenir la contaminación con otras bacterias de la vulva, vagina o recto. La presencia de varias especies bacterianas en un urocultivo casi siempre indica contaminación de la muestra.

La paciente separa los labios y limpia el área periuretral desde la parte posterior hacia la anterior con una toalla antiséptica. Con los labios separados, empieza a orinar pero no recolecta el chorro inicial. A continuación guarda una muestra en un recipiente estéril, que deberá manipular de manera que evite la contaminación. Una vez que recolecta la muestra, la lleva de inmediato al laboratorio, donde debe estar lista para cultivo durante las primeras horas después de la recolección a menos que se refrigere.

2.12 TRATAMIENTO

Se han producido varios cambios no solo en los microorganismos causales de la cistitis aguda, sino también en la sensibilidad de estos microorganismos a los antibióticos. En los últimos dos decenios, ha aumentado la frecuencia de infecciones por streptococcus del grupo B y klebsiella y han disminuido las infecciones por Escherichia coli. Además, en muchos sitios, los patrones de sensibilidad de Escherichia coli han cambiado de manera tal que el tratamiento empírico con trimetoprim – sulfametoxazol ha sido sustituido por quinolonas.

Cuando una mujer es alérgica a las sulfas, se le puede administrar solo trimetoprim. Los esquemas terapéuticos con duración de más de tres días tienen como resultado casi el doble de efectos adversos y no son más eficaces pero si más caros con un menor índice de apego terapéutico. Asimismo, se ha demostrado que el tratamiento en una sola dosis es menos eficaz que los esquemas de tres días. Los esquemas a base de nitrofurantoina por lo general duran siete días y a menudo se acompañan de síntomas digestivos.

Cuando la disuria es intensa se puede prescribir algún analgésico vesical como fenazopiridina, 200 mg por vía oral cada 8 horas con lo que se obtiene bastante alivio. Sin embargo, puede causar molestias digestivas, tinción anaranjada de la orina y ropa y hemolisis en las pacientes con deficiencia de deshidrogenasa de glucosa -6- fosfato.

MEDIDAS GENERALES

1. Abundantes líquidos claros
2. Buena nutrición
3. Ropa interior de algodón
4. No ropa ajustada o sintética
5. Cambio de ropa interior
6. Evitar el uso de pantiprotectores

2.13 PARTO

(Labor) proceso comprendido entre el comienzo de la dilatación del cuello uterino y la expulsión de la placenta.

ETAPAS DEL EMBARAZO

SEMANAS	DENOMINACION	PESO ESTIMADO
0 – 20	Aborto	1 – 500 gr
20 – 28	Inmaduro	501 – 1500 gr
28 – 37	Pre termino	1501 – 2500 gr
37 – 42	Termino	2501 – 3700 – 3900 gr
Más de 42	Post termino	???

2.14 PARTO PRE-TÉRMINO

(Premature labor) parto que se produce antes de que el feto alcance entre 2000 y 2500g o antes de la 37.a o 38.a semanas de gestación. No existe un parámetro

Único, de peso fetal o de edad gestacional, que se aplique universalmente para determinar la prematuridad; los criterios aplicados, de los muchos que existen, son distados por las autoridades sanitarias. El 75% de la mortalidad fetal se asocia con prematuridad. Puede aparecer espontáneamente o ser inducido yatrogénicamente. La incidencia es inversamente proporcional a la edad, al peso y al nivel socioeconómico de la madre. Es más frecuente en mujeres de raza negra, aquellas embarazadas que no gozan de atención prenatal adecuada o cuya historia obstétrica es normal, en las fumadoras y en las que siguen una dieta baja en proteínas o calorías. Entre los factores predisponentes figuran la infección materna el escaso aumento de peso, el sangrado uterino, la gestación múltiple, el polihidramnios, anomalías uterinas, insuficiencia cervical, la rotura prematura de las membranas y el retraso del crecimiento intrauterino. Se desconoce la etiología

del parto prematuro si bien en ciertos casos existen varios factores de riesgo. Si el parto prematuro constituye en sí mismo un riesgo para el feto, puede ser inhibido; sin embargo, es difícil determinar en qué casos puede ser esto beneficioso para el embarazo.

2.15 EPIDEMIOLOGIA

La incidencia del parto pre término es de alrededor del 8% con una tendencia ascendente en las últimas décadas, posiblemente por la mayor frecuencia de la terminación electiva de la gestación por indicación médica. En los nacidos pre término ocurre alrededor del 70% de las muertes perinatales. Cuando menor es la edad de la gestación al nacer mayor es el riesgo de muerte y la probabilidad de complicaciones a corto y largo plazo. Las complicaciones neonatales más importantes son el síndrome de dificultad respiratoria, la hemorragia interventricular, sepsis, enterocolitis necrozante, displasia broncopulmonar y persistencia del conducto arterioso. A largo plazo parálisis cerebral, enfermedad pulmonar crónica, alteraciones visuales y auditivas y retraso escolar.

La probabilidad de supervivencia y el pronóstico a largo plazo son difíciles de precisar, ya que dependen de las condiciones clínicas de cada caso y de los resultados de cada centro hospitalario. Una aproximación que puede ser útil indicar que casi un 75% de los nacidos después de la 28 semana vivirán sin minusvalía neurológica significativa. Aunque muchos pueden tener problemas leves, como trastornos del aprendizaje, de la lectura, etc.

Esta cifra mejora por cada semana después de la 28, y empeora por cada una precedente. Si la edad de la gestación es de 34 semanas o superior, la posibilidad de supervivencia sin alteración significativa es similar a la del recién nacido a término.

2.16 ETIOLOGIA

1. Enfermedades maternas crónicas
2. Diabetes mellitus
3. Hipertensión arterial
4. Cáncer
- 5. Infección de vías urinarias**
6. Anemia
7. Tumores uterinos
8. Ruptura prematura de membranas
9. Anomalías fetales
10. Malformaciones uterinas
11. Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta
12. Embarazos múltiples
13. Traumatismos en abdomen directos e indirectos
14. Amniocentesis
15. Hidramnios
16. Ejercicio en exceso
17. Estimulación del pezón
18. Coito

2.17 FACTORES DE RIESGO

Factores de alto riesgo

1. Antecedentes de partos prematuros. Este antecedente eleva la frecuencia de parto prematuro en el embarazo actual, hasta en 18%.
2. Gestación múltiple
3. Intervención quirúrgica abdominal

4. Poli hidramnios y oligohidramnios severos.
5. Antecedentes de abortos en el segundo trimestre.
6. Infección bacteriana sistémica aguda.
7. Enfermedad hipertensiva aguda del embarazo
8. Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta.
9. Diabetes mellitus no controlada.

Factores con riesgo alto o intermedio

1. Inserción baja de placenta.
2. Metrorragia después de la semana 16.
3. Biopsia cervical en cono.
4. Malformaciones y tumores uterinos, incompetencia istmicocervical.
5. Infecciones renales, de vías urinarias, o ambas.
6. Edad inferior a 16 años
7. Isoinmunización materno fetal a grupo o factor Rh.
8. Alcoholismo y tabaquismo positivo, se ha visto que la hipoxemia materna condiciona placentas pequeñas, desprendimientos placentarios y rupturas prematuras de membranas. Esto también acontece en las tomadoras de café y en las toxicómanas.

Factores con bajo riesgo

Todos los factores aumentan ligeramente el riesgo de trabajo de parto prematuro:

1. Estado socioeconómico bajo.
2. Edad de 16 a 20 años o mayor a 40.
3. Estatura inferior a 1.50m.
4. Intervalo menor de dos años entre gestación y gestación.
5. Abortos repetidos en el primer trimestre
6. Trabajo extenuante.
7. Fibromas uterinos.
8. Presentación pélvica después de la semana 30.
9. Enfermedad cardiovascular o renal crónica.
10. Falta de atención prenatal, viajes, embarazo no deseado.
11. Anemia, con hemoglobina menos de 11 g.

2.18 SINTOMAS

Además de las contracciones uterinas, dolorosas o indoloras, síntomas como sensación de presión pélvica, cólicos de tipo menstrual, secreción vaginal acuosa o sanguinolenta y dolor en la parte baja de la espalda se relacionan con el parto pre término inminente.

Algunos investigadores consideran que estos síntomas son frecuentes durante el embarazo normal y por tanto pacientes, médicos y enfermeras a menudo les restan importancia. Otros investigadores insisten en la relevancia de estos signos y síntomas. En cambio otros más atribuyen un significado para la predicción del parto prematuro. Está demostrado que estos signos y síntomas que indican parto pre término, entre ellos las contracciones uterinas, solo aparecen en el transcurso de las 24 horas anteriores al parto adelantado. Por este motivo son signos de advertencia tardíos.

2.19 DIAGNOSTICO

En base a la historia clínica completa en donde encontramos un embarazo de 28 – 37 semanas de gestación con actividad uterina bien establecida con triple gradiente puede haber o no ruptura de membranas, dilatación del cérvix, no hay compromiso fetal.

2.20 TRATAMIENTO

El tratamiento va a depender de dos factores:

1. Membranas rotas: se deja evolucionar el trabajo de parto independientemente de la edad gestacional por el riesgo de infección.
2. Membranas integra: Debemos realizar una valoración de índice de toco lisis que nos dará un pronóstico en cuanto a la probabilidad de parar o tener trabajo de parto.

Dentro de las medidas generales están las siguientes:

1. Reposo
2. Posición en decúbito lateral izquierdo o Trendelemburg

3. Dejar actividades laborales
4. Hiperhidratación
5. Evitar el stress
6. Evitar el sol y lugares calientes

Dentro de los medicamentos para inhibir el trabajo de parto están los siguientes:

1. Isoxuprina- vasolidan
2. Salbutamol – ventolin (inhalatorio o intravenoso)
3. Isoproterenol – bricanyl
4. Fenoterol – partusisten (oral o intravenoso)
5. AINES no usarlo en el 3 trimestre del embarazo

La mayoría de estos medicamentos se presentan en tabletas y se administran a razón de 1 por 3 por razón necesaria dosis respuesta, se utiliza solo uno, no se combinan.

Si existe un trabajo de parto bien establecido se manejan por vía intravenosa y se continúa con la vía oral hasta que seda o se quite el trabajo de parto. Si ninguno de los medicamentos hace efecto y el trabajo de parto continua entonces debe prepararse la sala de partos teniendo lo necesario para el soporte del recién nacido de pre- término.

Si da tiempo se deben aplicar 2 dosis de Betametasona (celestone-soluspan) 1 cada 12 horas para inducir la maduración pulmonar siempre y cuando el Bebe tenga menos de 34 semanas de gestación después ya no es útil.

El parto pre- término no es indicación necesaria a menos que haya una indicación obstétrica para la cesárea. Debe intentarse un parto vaginal y con una episiotomía amplia, entre más pequeño sea el producto más amplia debe ser la episiotomía para evitar hemorragias intracraneal. Si es una cesárea debe ser amplia para maltratar lo menos posible al bebe.

2.21 COMPLICACIONES DEL PARTO PRE-TÉRMINO

1. Aumento de la Morbi- Mortalidad materno – fetal
2. Hemorragia
3. Anemia
4. Daño cerebral

FACTORES PREDISPONENTES

Factores del estilo de vida

Se informa que las conductas como tabaquismo, mala nutrición y aumento deficiente de peso durante el embarazo, además del consumo de sustancias como cocaína o alcohol, desempeñan funciones de gran importancia en la incidencia y los resultados de los lactantes de peso bajo al nacer. Parte de este efecto se debe, sin duda, a restricción del crecimiento fetal así como al nacimiento antes del término.

Otros factores maternos referidos incluyen juventud, pobreza, estatura corta y factores ocupacionales. Un factor más del estilo de vida que parece importante, pero que rara vez se estudia con formalidad, es la tensión psicológica de la madre.

Factores genéticos

Durante muchos años se ha observado que el nacimiento pre término es un trastorno que ocurre en familias. Esta observación, aunada a la naturaleza recurrente del parto pre término y su diferente prevalencia entre razas, llevó a sugerir una causa genética de este suceso.

2.22 ENFERMERIA

(Nursing) ciencia que comprende los conocimientos, actividades y aptitudes necesarios para atender correctamente las necesidades del individuo, grupo y comunidad, referentes a la salud, su conservación y promoción y su restablecimiento.

ENFERMERÍA OBSTÉTRICA

La matrona es un profesional reconocido internacionalmente en todos los sistemas sanitarios en los que se considera una figura esencial que incide en un ámbito social tan importante como el de la maternidad y la atención integral durante el ciclo vital de la mujer en todas sus fases: salud reproductiva, climaterio y sexualidad.

2.23 INVESTIGACION SOBRE INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS

Creencias, prácticas y actitudes de mujeres embarazadas frente a las infecciones urinarias

RESUMEN

En las vías urinarias de las mujeres embarazadas se producen cambios importantes, uno de ellos es ser propensas a padecer infección de vías urinarias. Tanto la bacteriuria asintomática, como la infección de vía urinaria (IVU) requieren detección y tratamiento oportunos para evitar complicaciones, y es en estos procesos en los cuales el papel activo y decidido de la actitud de la gestante frente a su cuidado y el apoyo del personal de enfermería son relevantes.

OBJETIVO

Describir las creencias, prácticas y actitudes de mujeres embarazadas frente a las infecciones urinarias en el Centro de Salud Alfonso López, Popayán, Colombia.

METODO

Se realizó un estudio a través del método cualitativo etnográfico, con 21 mujeres embarazadas que asistían a control prenatal al Centro de Salud Alfonso López.

RESULTADOS

La investigación permitió conocer el impacto que tiene el saber cultural sobre la práctica consciente del autocuidado durante la etapa de la gestación. Así mismo, la resistencia marcada hacia el uso o tratamiento con antibióticos, por pensar en los efectos dañinos que estos medicamentos pueden causar en el bebé.

IMPLICACIONES DE ENFERMERIA

La investigación sobre prácticas y actitudes de mujeres embarazadas que asisten a control prenatal al Centro de Salud Alfonso López de la ciudad de Popayán, frente a sus conocimientos de IVU, permitió identificar el impacto que tiene el saber cultural sobre la práctica consciente del autocuidado durante la etapa de la gestación. De acuerdo con su interiorización y vivencias personales (creencias, prácticas y actitudes), la mujer adopta un estilo de vida adecuado para ella y su hijo; aunque algunas de ellas también podrían tener coincidencias negativas. El papel del profesional de enfermería logra trascender cuando brinda los cuidados necesarios a la mujer gestante y su futuro hijo, ya que de esta forma contribuye a la realización personal de muchas mujeres a través de la maternidad.

La labor de la enfermería tiene implicaciones en los cuidados que se brinda a la mujer gestante, los cuales encaminan a la atención integral desde la etapa pre-concepcional, desarrollo de sus potencialidades en el futuro. Razones estas para hacer de la atención en salud de la gestante una acción prioritaria y de calidad, garantizando que sea accesible, oportuna, suficiente, pertinente y continua.

Esta tarea debe ser asumida por el personal de enfermería, el cual debe adaptar los programas actuales de control prenatal y atención del parto a las necesidades individuales de cada mujer gestante, teniendo en cuenta el componente sociocultural, psicológico y económico que son las principales limitantes para el acceso a los servicios de salud.

2.24 TEÓRICA EN ENFERMERÍA

DOROTEA OREM

La Teoría General de la Enfermería de Dorotea Orem, está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería.

CRÍTICA INTERNA. METAPARADIGMA

Persona: Orem la define como el paciente, un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, y con potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para auto conocerse. Puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; sino fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados.

Entorno: es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.

Salud: es definida como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental”, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

Enfermería como cuidados. El concepto de cuidado surge de las proposiciones que se han establecido entre los conceptos de persona, entorno y salud, si bien incluye en este concepto meta paradigmática el objetivo de la disciplina, que es “ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico o a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros”. Puede utilizar métodos de ayuda en cada uno de los sistemas de enfermería

PRACTICA DE LA TEORÍA DE OREM

Si se lleva a la práctica la Teoría de Orem deben seguirse los siguientes pasos:

Primer paso

Implica el examen de los factores, los problemas de salud y el déficit de autocuidado.

Abarca la recogida de datos acerca de estas áreas y la valoración del conocimiento, habilidades motivación y orientación del cliente. El análisis de los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.

Segundo paso

Implica el diseño y la planificación. Se centra en capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de su salud

Tercer paso

Supone poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador u orientador.

Se lleva a cabo por la enfermería y el cliente juntos

CUIDADOS DE ENFERMERÍA SOBRE CUIDADOS DE INFECCIÓN DE VÍAS URINARIA

Cualquier persona que tenga bajo su cuidado a mujeres embarazadas se encontrara con alguna que sufra una complicación que amenace su vida y se enfrentara a los desafíos de como reconocer la necesidad de unos cuidados intensivos inmediatos y cómo proveerlos. Para ello existen numerosas formas.

El desarrollo de un plan viable para la prestación de los cuidados a la mujer embarazada aquejada por una enfermedad crítica, la educación adecuada del personal de enfermería, la disponibilidad de los equipos necesarios al lado de la cama y las interconsultas sin trabas entre las unidades de cuidados obstétricos e intensivos pueden reducir la dimensión de los problemas y ofrecer soluciones para proveer cuidados óptimos a esta población de embarazadas.

Asignaciones de enfermería: es necesario asignar de forma permanente una enfermera obstétrica y otra de cuidados intensivos o una enfermera con experiencia en ambas especialidades a la mujer con infección urinaria.

Para lograr los cuidados se requiere del compromiso de todo el equipo de salud, y en especial del profesional de enfermería, educador natural, quien juega un papel decisivo en el empalme entre lo cultural y lo facultativo. Una de las herramientas de comunicación bidireccional, que permitirán mejorar las prácticas, creencias y actitudes de las mujeres gestantes con respecto al autocuidado de su salud, es la comunicación asertiva, en que la mujer participe e interactúe con el personal de salud de una manera efectiva. Es el profesional de enfermería, durante el control prenatal, quien empieza a liderar estos procesos a través del cumplimiento oportuno y eficaz de la normatividad vigente, además de la toma de exámenes de laboratorio, de diagnóstico y seguimiento idealmente el urocultivo para detección temprana de IVU, prevención de las complicaciones, y educación pertinente sobre los comportamientos y estilos de vida saludable que deben adoptar las gestantes durante esta etapa, que se traducen en la disminución de las tasas de Morbi-mortalidad materna y perinatal.

Cuidados prenatales

La asistencia de la maternidad ha experimentado un sustancial cambio en los últimos tiempos. En general, cada vez son más las mujeres que reconocen su necesidad especial de apoyo y de adquirir conocimientos sobre su cuerpo, los cambios que se experimentan durante el embarazo y lo que podría ocurrir durante este periodo y en el parto. La enfermería es la profesión de la salud cuyos objetivos parecen ajustarse mejor a las necesidades particulares de las embarazadas. Por tanto, ahora más que nunca el personal de enfermería debe prepararse para adoptar la responsabilidad de instruir, informar y brindar asistencia a las gestantes y a sus familiares.

Objetivos de enfermería en la asistencia prenatal

- Lograr que el embarazo culmine con el nacimiento de un producto sano sin que se altere la salud de la madre
- Hacer lo posible para que la experiencia de la familia tenga un desarrollo positivo.

Posibles diagnósticos de enfermería relacionados con la asistencia prenatal

- Alteración del bienestar a causa de náusea y vómito, por aumento de la concentración de estrógenos, disminución de la glucemia o disminución de la motilidad gástrica.
- Molestias relacionadas con la pirosis, a causa de la presión sobre el cardis por el crecimiento uterino
- Intolerancia a la actividad relacionada con la fatiga y la disnea secundarias a la presión del útero en constante crecimiento sobre el diafragma y al aumento del volumen sanguíneo

- Estreñimiento relacionado con la disminución de la motilidad gástrica y la presión del útero sobre la porción baja del colon.
- Posible alteración de la autoestima de la mujer relacionada con los efectos del embarazo sobre los patrones biológicos y psicológicos.
- Posible falta de información sobre efectos del embarazo en los sistemas corporales, crecimiento y desarrollo fetales, necesidades nutricionales, dominio psicosocial y cambios en la unidad familiar.

Trimestres del embarazo

El embarazo se divide en tres trimestres, cada uno de aproximadamente 13 semanas:

- Semanas 1 a 13.
- Semanas 14 a 27.
- Semanas 28 a 40.

A veces se considera un cuarto trimestre que se refiere a las semanas correspondientes al puerperio.

Primera consulta prenatal

Objetivos de enfermería durante la primera consulta prenatal.

- Determinar los factores entre los antecedentes de la paciente, su compañero y sus familiares que pudiera afectar a la evolución prenatal de la embarazada, los resultados del embarazo y la salud a largo plazo.

- Valorar la salud física y emocional previa y actual de la paciente.
- Informar a la paciente y a su compañero sobre asistencia de maternidad y las necesidades prenatales correspondientes.
- Establecer pronto una relación armónica, que se enriquecerá conforme la enfermera y la futura madre establezcan juntas prioridades en cuanto a asistencia prenatal y problemas relacionados.

Valoración de Enfermería

La primera consulta prenatal suele ser extensa, ya que puede durar entre una y dos horas.

Por lo general consta de las siguientes etapas:

1. Orientar a la paciente sobre el sitio en que se encuentran. Darle la bienvenida y ofrecerle una breve descripción del lugar, horarios, números telefónicos para consulta, y una explicación sobre lo que ocurre en la primera consulta prenatal.

2. Obtener los antecedentes médicos. Esto constituye una biografía breve, y debe proporcionar la siguiente información:

- Datos demográficos
- Antecedentes menstruales
- Embarazo actual: problemas, medicamentos, tabaquismo, psicofármacos, consumo de alcohol, peligros ocupacionales.

- Embarazos previos: abortos (espontáneos, terapéuticos); partos a término y pre término; lugar en que ocurrió el parto; tipo de parto, tiempo del trabajo de parto y estado del recién nacido; complicaciones del trabajo de parto, el parto y el puerperio.

- Antecedentes médicos y familiares.

- Revisión por aparatos y sistemas.

3. Diagnóstico de embarazo

- Adaptaciones del embarazo y desarrollo fetal, diagnóstico de embarazo.

Consultas prenatales subsecuentes

Programa para las consultas prenatales de vigilancia

- Cada cuatro semanas hasta la semana 28 del embarazo.

- Cada dos semanas hasta la semana 36 del embarazo.

- Cada semana hasta el parto.

Actividades durante estas consultas

- Valoración del estado del embarazo entre las consultas

- Valoración de las prácticas actuales de alimentación

- Exploración física, que debe incluir especialmente:

1. Medición de la presión arterial

La presión arterial medida al principio del embarazo es un dato de referencia para la valoración y comparación ulteriores de lecturas que puedan elevarse al avanzar la gestación. Tiene importancia un incremento sistólico 30 mm Hg o uno diastólico de 15 mm Hg respecto de la presión arterial de referencia.

2. Peso

Se mide el peso al inicio del embarazo para valorar el aumento secuencial total durante la gestación. Una pérdida ponderal temprana por debajo de los niveles previos al embarazo puede significar que la mujer ha experimentado náuseas y vómitos: se requiere envió inmediato a asesoría nutricional con objeto de evitar deshidratación o cetosis. Un aumento mayor que el promedio durante la parte final del embarazo (2,250 kg o más en una semana) puede indicar sobrealimentación, consumo excesivo de sal, retención de agua o posibles pre-eclampsia.

Valoración de Enfermería

Examen físico

- Exploración física completa

Debe efectuarse la exploración física completa de la embarazada. Los datos físicos saldrán de lo normal en las mujeres en que son más acentuados los cambios del embarazo.

La valoración física consiste en:

- Palpación de la glándula tiroides

- Auscultación de ruidos cardiacos maternos
- Inspección y palpación de mamas
- Inspección y palpación de abdomen
- Medición de la altura del fondo uterino
- Auscultación de los ruidos cardiacos fetales
- Exploración pélvica
- Palpación abdominal

Antes de las semanas 12-13 de la gestación, el útero ocupado se mantiene como órgano intrapélvico, y no se puede palpar por el abdomen. Desde el momento en que su fondo llega a la cavidad abdominal, a las 12 semanas, hasta que llega al ombligo, a las 20 semanas de la gestación, se mide en traveses de dedo. Después de esta época se puede seguir midiendo así o en centímetros. Puede emplearse las mediciones de McDonald en lugar de los traveses de dedo después de las 20 semanas, cuando la medición de la altura uterina se aproxima a los 15 centímetros de estatura. En caso de que existieran discrepancias entre el tamaño del útero y el tiempo de embarazo, puede recurrirse a los siguientes parámetros referenciales:

- Tamaño del útero durante la primera consulta prenatal
- Presencia del útero en la pelvis (< 12 semanas de gestación)
- Presencia del útero en el abdomen (>12 semanas de gestación)
- Fecha de la prueba positiva de embarazo

- Semanas de embarazo en relación a la última menstruación
- Tamaño del útero en relación con la edad gestacional fetal estimada
- Ruidos cardiacos fetales escuchados con fetoscopio por arriba mismo de la sínfisis, a las 20 semanas de gestación.
- Movimientos fetales percibidos hacia la semana 20 de la gestación.
- Informe de sonografía entre las semanas 13 y 16.
- Exploración pélvica

La exploración pélvica consiste en:

- Exploración y palpación de los genitales externos.
- Examen con espéculo vaginal
- Exploración bimanual y recto vaginal

Intervenciones de Enfermería

- Orientación sobre problemas del embarazo

Signos de peligro durante el embarazo

La paciente debe informar a la persona encargada de la asistencia de su salud si sobrevienen los siguientes síntomas:

- Hemorragia vaginal.
- Edema en la cara y manos.

- Cefalalgia continúa e intensa.
- Visión borrosa.
- Dolor abdominal.
- Vomito persistentes.
- Interrupción de movimientos fetales.
- Escalofríos o fiebre.
- Micción dolorosa.
- Escape de líquidos por la vagina
- Mareos en posición que no se la supina.

Infecciones vaginales comunes en la mujer: instrucciones para la mujer

Pueden disminuirse o evitarse las molestias producidas por las infecciones vaginales y ayudar a prevenir las infecciones recurrentes con las siguientes pautas:

- Mantener una buena higiene personal, con duchas y lavado de manos frecuente. Evitar las irrigaciones vaginales. Limpiar el periné de adelante hacia atrás después de las evacuaciones, para prevenir la contaminación vaginal.
- Evitar el empleo de aerosoles para la higiene femenina, aceites de baño y jabones fuertes que pueden producir irritación o alergia vulvar o vaginal.

- Abstenerse de emplear ropas que se ajusten firmemente a la entrepierna.
- Emplear ropa interior porosa y holgada de algodón, que retiene menos la humedad y el calor que las prendas de poliéster.
- Conservar la vulva y el periné secos y frescos.
- Abstenerse de practicar el coito durante el tratamiento; si se practica el coito, el compañero debe emplear condón.
- Seguir con la medicación indicada aunque hayan remitido los síntomas.

Infecciones de las vías urinarias: instrucciones para la mujer

- Procurar orinar tan pronto como se sienta el deseo; no aguantarse.
- Vaciar la vejiga incluso cada tres horas.
- Tomar abundantes líquidos (pero no los endulzados, porque el azúcar favorece el desarrollo de bacterias).
- Conservar limpio el periné, aseando esta región desde adelante hacia atrás después de orinar o defecar.
- Limpiar diariamente la región perineal, pero evitar el uso de aerosoles o jabones perfumados, que pueden causar reacciones alérgicas.
- No emplear ropa interior para dormir, ni usar prendas muy apretadas durante el día. El periné necesita ventilación para conservarse seco y limpio.

- Tomar algo de líquido antes del coito y orinar inmediatamente después, para arrastrar las bacterias que se hallan en la uretra.
- Usar ropa interior de algodón y conservar una buena higiene.
- No abusar del consumo de carbohidratos no de azúcares, para reducir la incidencia de glucosuria.
- Solicitar tratamiento inmediato si reaparecen los síntomas.
- Informar a la mujer embarazada lo que ocasionan las infecciones de vías urinarias
- Valoración al ingreso en la unidad de trabajo de parto

Toda paciente que ingresa en la unidad de trabajo de parto debe someterse a las siguientes valoraciones: historia clínica completa, que incluya antecedentes del embarazo actual, antecedentes obstétricos, antecedentes médicos y familiares y estado actual del trabajo de parto.

- Edad, escolaridad y nivel socioeconómico.
- Reacción al embarazo.
- Experiencia obstétrica previa.
- Antecedentes culturales.
- Apoyo familiar y nivel socioeconómico del compañero.

- Clínica o de un profesional privado? ¿Cuidados prenatales continuos? ¿Preferencia por un profesional particular y por ciertas <<opciones>> acerca del nacimiento?

- Grado y tipo de preparación para el parto y la maternidad.

Exploración física

- Valoración física general.
- Exploración abdominal para valorar tamaño, maniobras de Leopold para valorar estática fetal, ruidos cardiacos y movimientos del feto.
- Tacto vaginal para valorar borramiento y dilatación cervicales, estación fetal, presentación, posición, estado de membranas y del peritoneo, y presencia de amoldamiento o caput.

Pruebas de laboratorio

- Valoración de las pruebas de laboratorio prenatales; citología hemática completa; análisis de orina para proteínas, glucosa y cetonas; grupo sanguíneo, pruebas cruzadas y pruebas de coagulación.

Vigilancia de los signos vitales maternos

Al inicio de trabajo de parto, la presión arterial, el pulso y la frecuencia respiratoria de la madre presentan pocos cambios. Los últimos signos pueden manifestar incrementos ligeros por reacción a las demandas cardiovasculares del trabajo de parto.

Vigilancia de la frecuencia cardiaca fetal

La frecuencia cardiaca fetal debe permanecer entre 120 y 160 latidos por minuto. Si el patrón se conserva dentro de límites normales y no surgen complicaciones, se vigila durante el trabajo de parto.

- Vigilancia por parte de la Enfermera

Vigilancia del bienestar materno y fetal durante el trabajo de parto

- Si la presión arterial materna es mayor de 140/190 mm Hg o manifiesta una elevación de 10 a 15 mm Hg sobre los niveles de referencia, deberá avisarle al médico o a la enfermera obstétrica a cargo de la mujer: la elevación puede indicar el desarrollo de pre-eclampsia.

- Si la frecuencia cardiaca pasa de 100 latidos por minuto la frecuencia respiratoria es mayor de 20 por minuto, se avisara al médico o a la enfermera obstétrica a cargo de la parturienta: esta elevación puede ser índice de desnutrición materna, proceso infeccioso o hemorragia. La elevación de la frecuencia cardiaca suele ser el primer signo de hemorragia materna inminente, y precede a toda disminución de la presión arterial después de la pérdida rápida de sangre.

- Intervenciones de enfermería

Instrucciones para la mujer en el inicio del trabajo de parto

- Reposar, relajarse y conservar la energía.
- Mantener la mente ocupada en algo agradable.
- Recurrir a medidas que brinden comodidad, como una ducha caliente, caminar o recibir masaje.

- Orinar con frecuencia y comer algún alimento pequeño y en pequeña cantidad (a menos que el profesional encargado de su salud le haya ordenado otra cosa).
- Seguir tomando líquido, como agua, jugos o infusiones.
- Cronometrar las contracciones y no recurrir a técnicas de apoyo al trabajo de parto (como las respiratorias) hasta que en realidad se requieran para conservar la comodidad.

CAPÍTULO III

ALCANCE Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 ALCANCE Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizó este estudio con un enfoque cuantitativo hipotético deductivo y con un alcance descriptivo con tendencia predictiva y aplicación transversal para poder describir el nivel de conocimiento que tiene la mujer embarazada sobre las infecciones de vías urinarias que provocan parto pre término.

Se tomó como punto de partida las ciencias sociales y se fue bajando el plano de análisis a través de la medicina, la obstetricia, la enfermería, etc., hasta llegar a las infecciones de vías urinarias en el embarazo provocando un parto pre término.

Con todo lo anterior se construyó la hipótesis desarrollada en el siguiente capítulo, (lo que define la tendencia predictiva del alcance de la investigación), donde se establecen sus variables y dimensiones y con base en éstas se construyeron los cuestionarios que sirven para la descripción de las características concluyentes del sujeto de investigación. La medición y recolección del fenómeno se hizo en una sola aplicación en un momento determinado del tiempo.

Esto es, se partió de lo general a lo particular con una aplicación transversal, y, con base en la hipótesis, mediante la recolección, medición y evaluación de los datos se describe la conclusión de la investigación.

CAPÍTULO IV

HIPÓTESIS

4.1 DESCRIPCIÓN DE LA HIPÓTESIS

Un 30% de las mujeres embarazadas con infección de vías urinarias saben que pueden tener un parto prematuro

4.2 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

Parto prematuro: parto que se produce antes de que el feto alcance entre 2000 y 2500g o antes de la 37 o 38 semana de gestación.

Infección de vías urinarias: (Urinary tract infection) infección de uno o más componentes del aparato urinario. La mayoría se deben a gérmenes gramnegativos, y, entre ellos, las bacterias más corrientes son Escherichia coli o especies del genero klebsiella, proteus, pseudomonas o enterobacter. Es más frecuente en mujeres que en hombres y puede ser asintomática. La infección se caracteriza con micción frecuente, escozor, dolor y, si es grave, hematuria macroscópica y pus en la orina. La clasificación es la siguiente: bacteriuria asintomática, cistitis y pielonefritis.

4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Transformación de la hipótesis en instrumentos de medición

Variable	Definición de la variable o dimensión	Operacionalización de la variable (instrumento de medición)	Que se va a medir
Parto prematuro	Parto que se produce antes de que el feto alcance entre 2000 y 2500g o antes de la 37 o 38 semana de gestación.	cuestionario	Dolor abdominal Micción dolorosa Edema en cara y manos Escape de líquido por la vagina

Variable	Definición de la variable o dimensión	Operacionalización de la variable (instrumento de medición)	Que se va a medir
Infección de vías urinarias	(Urinary tract infection) infección de uno o más componentes del aparato urinario. La mayoría se deben a gérmenes gramnegativos, y, entre ellos, las bacterias más corrientes son Escherichia coli o especies del genero klebsiella, proteus, pseudomonas o enterobacter. Es más frecuente en mujeres que en hombres y puede ser asintomática. La infección se caracteriza con micción frecuente, escozor, dolor y, si es grave, hematuria macroscópica y pus en la orina.	cuestionario	Procurar orinar tan pronto se sienta el deseo Vaciarse la vejiga incluso cada tres horas Tomar abundantes líquidos Conservar limpio el periné Usar ropa interior de algodón Buena higiene Reducir el uso de líquidos endulzados No usar prendas ajustadas Evitar el uso de pantiprotectores Llevar una buena nutrición Orina concentrada Dolor suprapúbico

4.4 CONSTRUCCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE OPERACIÓN

ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

INCORPORADA A LA UNAM CLAVE 8722

Objetivo: El presente cuestionario es con la finalidad para una investigación del tema de infección de vías urinarias que se presentan en el embarazo y provocan un parto pre-término

Instrucciones: sea tan amable de subrayar la respuesta que crea usted correcta según su juicio

1.- ¿Sabe usted que son las infecciones de vías urinarias?

SI NO NUNCA AVECES

2.- ¿sabe usted que debe orinar cada tres horas?

SI NO NUNCA AVECES

3.- ¿Usted orina en cuanto siente el deseo de hacerlo?

SI NO NUNCA AVECES

4.- ¿sabe usted cual es el color normal de la orina?

SI NO NUNCA AVECES

5.- ¿consume usted abundantes líquidos en el transcurso del día?

SI NO NUNCA AVECES

6.- ¿Sabe usted que la mala higiene ocasiona infección de vías urinarias?

SI NO NUNCA AVECES

7.- ¿Sabe usted que el uso de ropa ajustada predispone a infección de vías urinarias?

SI NO NUNCA AVECES

8.- ¿Sabe usted la causa de las micciones dolorosas?

SI NO NUNCA AVECES

9.- ¿Sabe usted lo que es un parto?

SI NO NUNCA AVECES

10.- ¿Conoce usted los tipos de parto?

SI NO NUNCA AVECES

11.- ¿Sabe usted las complicaciones del parto prematuro?

SI NO NUNCA AVECES

12.- ¿Sabe usted lo que significa el escape de líquido por la vagina?

SI NO NUNCA AVECES

13.- ¿Durante el embarazo ha tenido usted edema en cara y manos?

SI NO NUNCA AVECES

14.- ¿Sabía usted que las infecciones de vías urinarias es el principal factor de riesgo del parto prematuro?

SI NO NUNCA AVECES

15.- ¿Se le ha informado a usted sobre las complicaciones que trae consigo las infecciones de vías urinarias?

SI NO NUNCA AVECES

CAPÍTULO V

**DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y TAMAÑO
DE LA MUESTRA**

5.1 INVESTIGACIÓN Y MUESTRA

Esta investigación es no experimental descriptiva transaccional y el plan de acción del diseño de la investigación está encaminado a determinar si la hipótesis del nivel de conocimiento que tiene la mujer embarazada sobre las infecciones de vías urinarias que provocan parto pre término es falsa o verdadera,

Para fines de esta investigación se tomó como población a las mujeres embarazadas con infección de vías urinarias del Hospital de Nuestra Señora de la Salud de la ciudad de Morelia.

Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia y se estableció arbitrariamente el tamaño de la muestra de 30 individuos.

Como instrumento de medición se construyó un cuestionario de 15 preguntas cerradas.

En la Operacionalización de la hipótesis se muestra la secuencia de construcción del cuestionario

Se realizó la prueba piloto a 3 alumnas del cuarto año de la licenciatura de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud de la ciudad de Morelia.

Para la recolección de datos el cuestionario se aplicó a mujeres embarazadas que presentan infección de vías urinarias del servicio de Gineco obstetricia del Hospital de Nuestra Señora de la Salud para lo cual se les pidió de la manera más atenta el poder responder amablemente y honestamente cada una de las preguntas.

El proceso de construcción del cuestionario, empieza con el establecimiento de la pregunta y el objetivo de investigación, para con base en sus conceptos

principales determinar la construcción y estructura del marco teórico, para después dar la respuesta a la pregunta de investigación en forma de hipótesis, mediante la determinación de sus variables y dimensiones para su Operacionalización, asegura que la construcción del instrumento de medición es confiable.

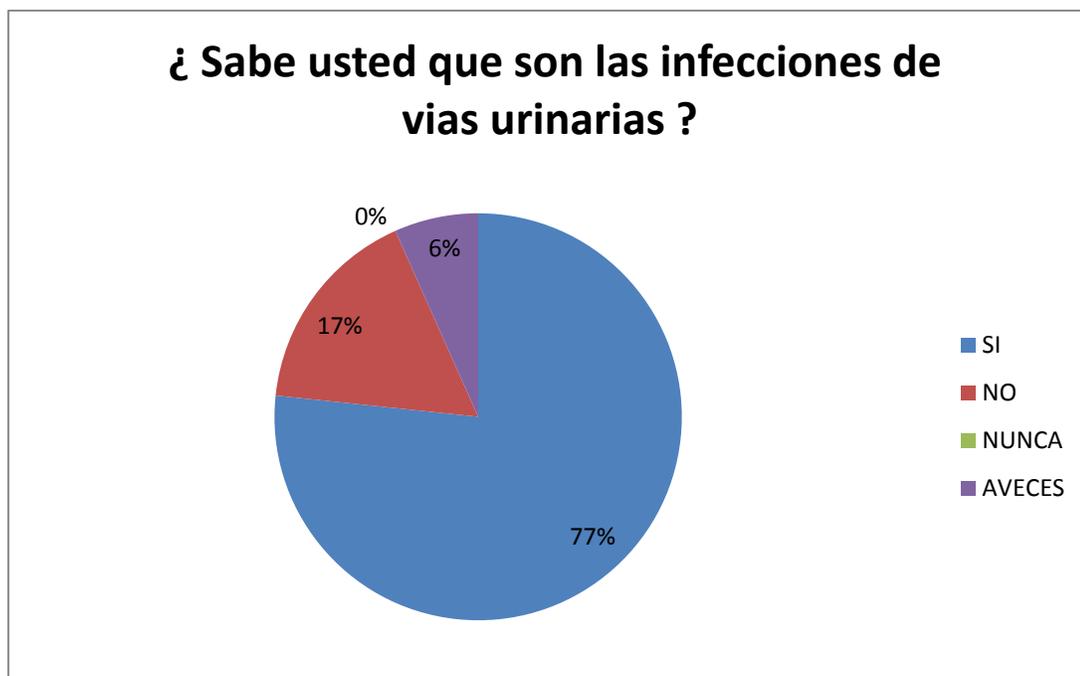
Para ordenar los datos y luego poder analizarlos, los resultados del cuestionario se vaciaron en una base de datos de Excel y se construyeron tablas con matrices de datos y gráficas para su estudio, describiendo las conclusiones por cada pregunta del cuestionario.

Con base en éste análisis de los datos, se construyó el capítulo VI.

CAPÍTULO VI
RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

6.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Figura 1



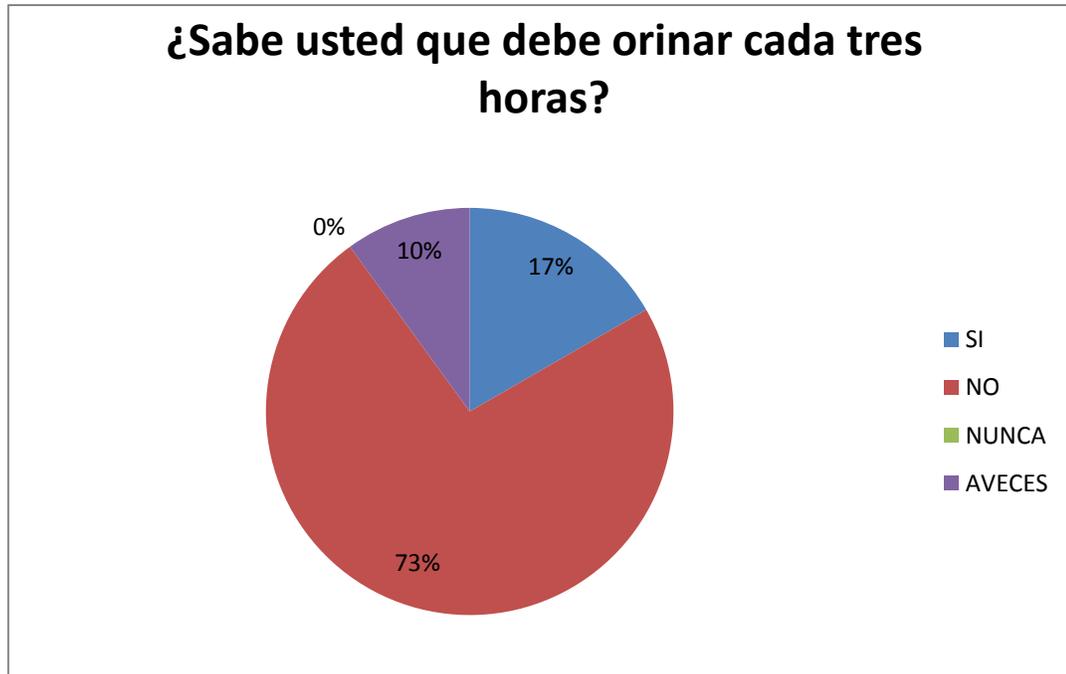
El 77% de las mujeres respondieron que saben que son las infecciones de vías urinarias.

El 17 % de las mujeres respondieron que no saben lo que son las infecciones de vías urinarias.

El 6 % de las mujeres embarazadas respondió que a veces saben lo que son las infecciones de vías urinarias

Se demuestra que la mayoría de las mujeres embarazadas saben lo que son las infecciones de vías urinarias.

Figura 2



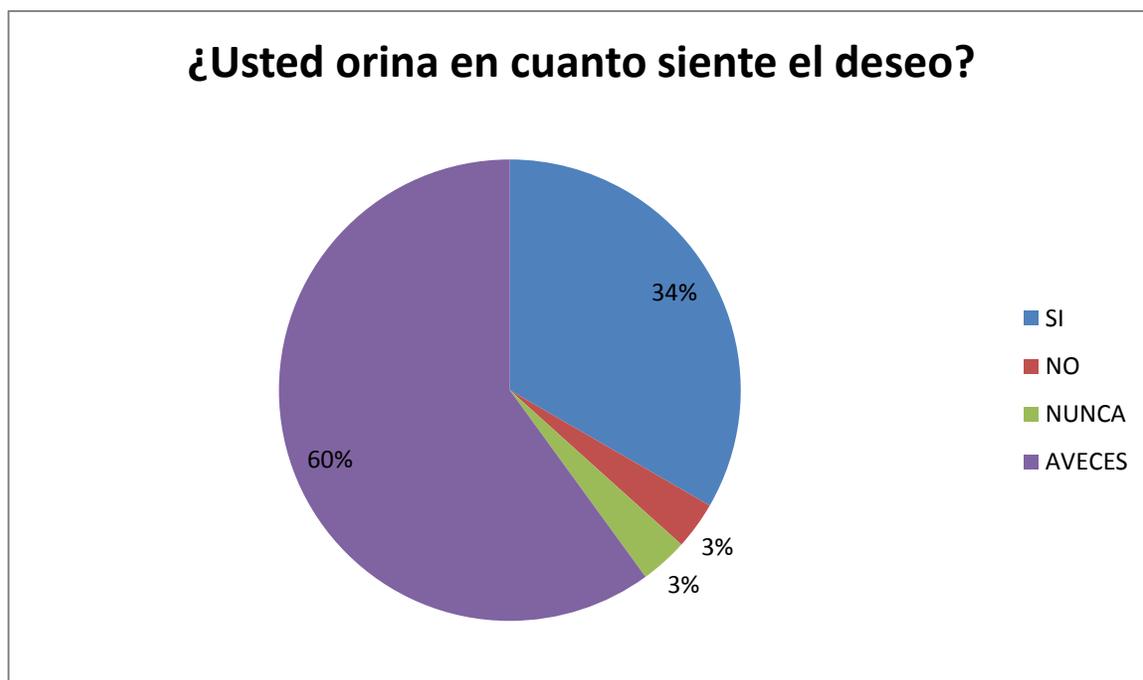
El 73 % de las mujeres respondieron que no saben que deben orinar cada tres horas.

El 17% de las mujeres respondieron que saben que deben orinar cada tres horas.

El 10% de las mujeres respondieron que a veces saben que deben orinar cada tres horas.

Se demuestra que la mayoría de las mujeres no saben que es importante orinar cada tres horas.

Figura 3



El 60% de las mujeres respondieron que a veces orinan en cuanto sienten el deseo de hacerlo.

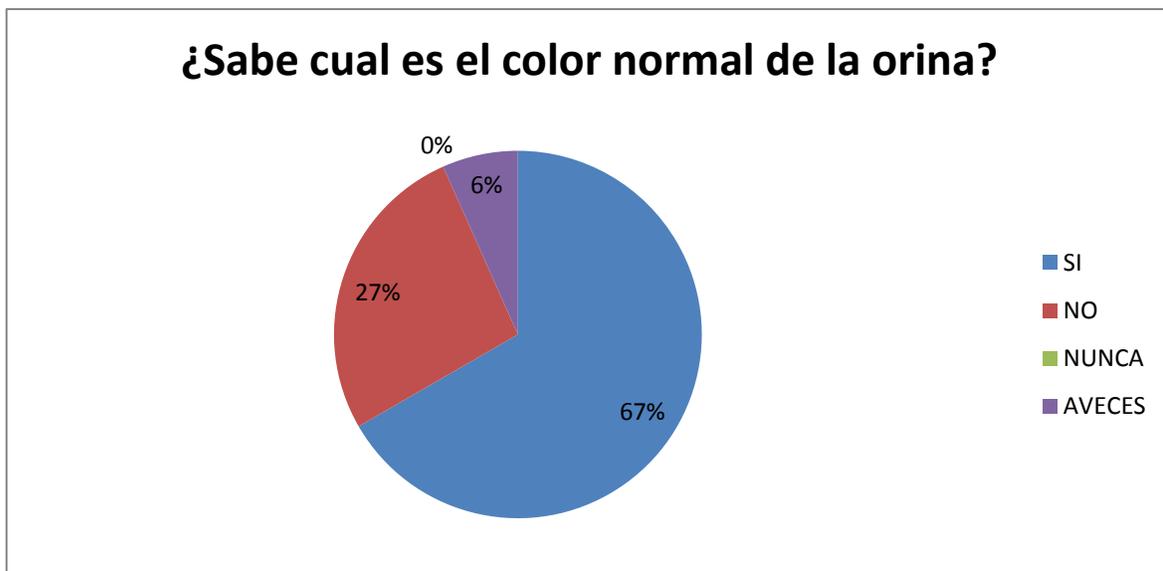
El 34% de las mujeres respondieron que si orinan en cuanto sienten el deseo de hacerlo.

El 3% de las mujeres respondieron que no orinan en cuanto sienten el deseo de hacerlo.

El 3% de las mujeres respondieron que nunca orinan en cuanto sienten el deseo de hacerlo

Se demuestra que la mayoría de las mujeres a veces orinan en cuanto sienten el deseo de hacerlo.

Figura 4



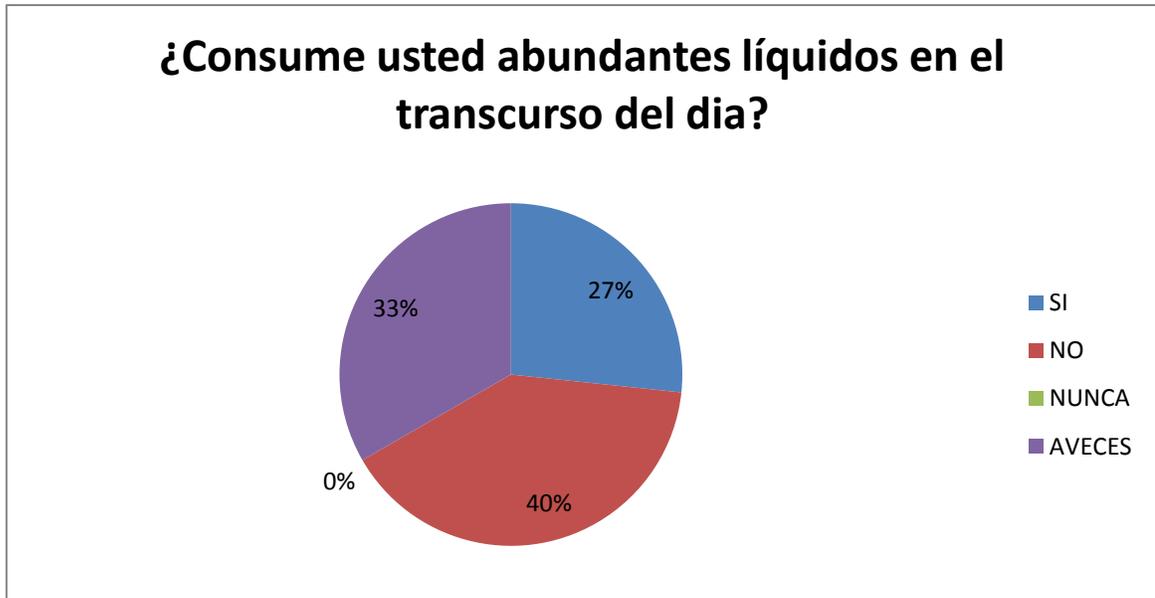
El 67% de las mujeres respondió que saben cuál es el color normal de la orina.

El 27% de las mujeres respondió que no saben cuál es el color normal de la orina.

El 6% de las mujeres respondió que a veces saben cuál es el color normal de la orina.

Se demuestra que la mayoría de las mujeres saben cuál es el color normal de la orina.

Figura 5



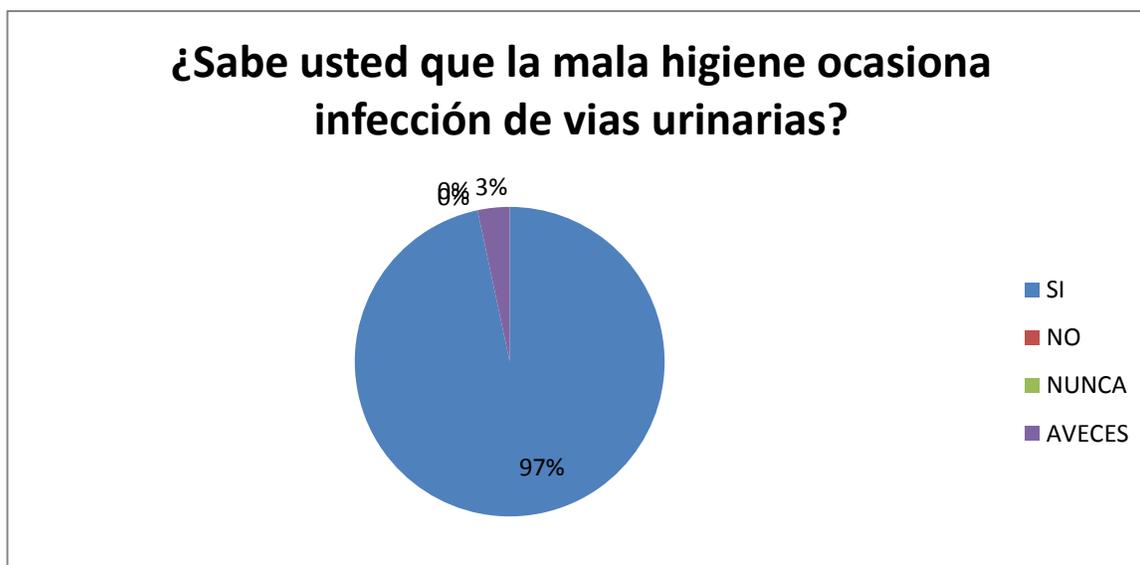
El 40% de las mujeres respondió no consumen abundantes líquidos en el transcurso del día.

El 33% de las mujeres respondió que a veces consumen abundantes líquidos en el transcurso del día.

El 27% de las mujeres respondió que si consumen abundantes líquidos en el día.

Se demuestra que la mayoría de las mujeres no consumen abundantes líquidos.

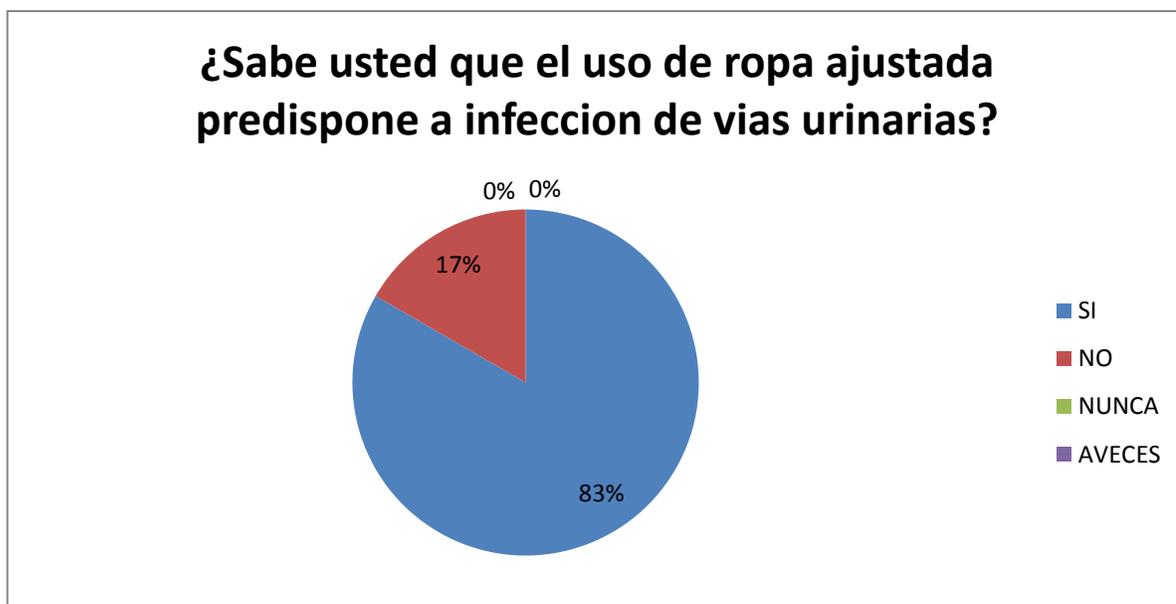
Figura 6



El 97% de las mujeres respondieron que saben que la mala higiene ocasiona infección de vías urinarias.

El 3% de las mujeres respondieron a veces saben que la mala higiene ocasiona infección de vías urinarias.

Figura 7

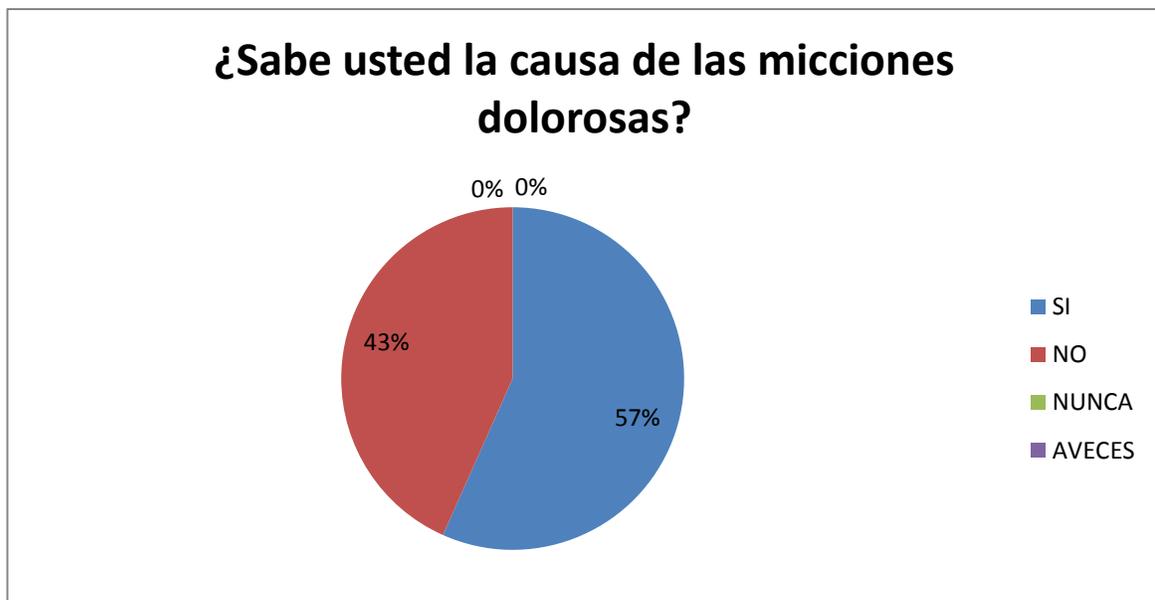


El 83% de las mujeres respondió que sí saben que el uso de ropa ajustada predispone a infección de vías urinarias.

El 17% de las mujeres respondió que no saben que el uso de ropa ajustada predispone a infección de vías urinarias.

Se demuestra que la mayoría de las mujeres saben que el uso de ropa ajustada predispone a infección de vías urinarias.

Figura 8

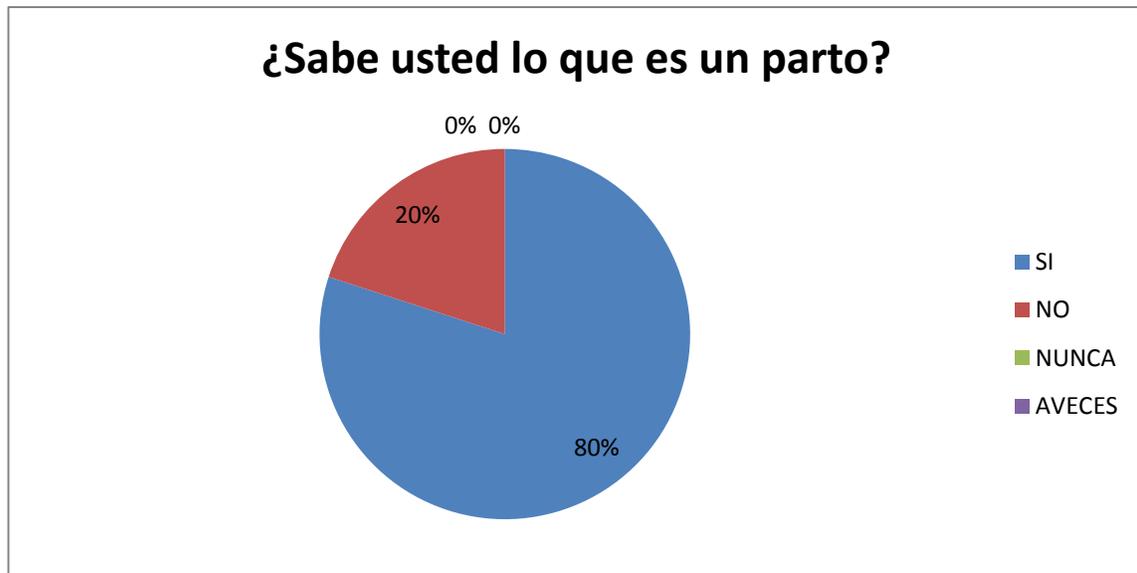


El 57% de las mujeres saben la causa de las micciones dolorosas.

El 43% de las mujeres no saben la causa de las micciones dolorosas.

Se demuestra que la mayoría de las mujeres saben la causa de las micciones dolorosas.

Figura 9

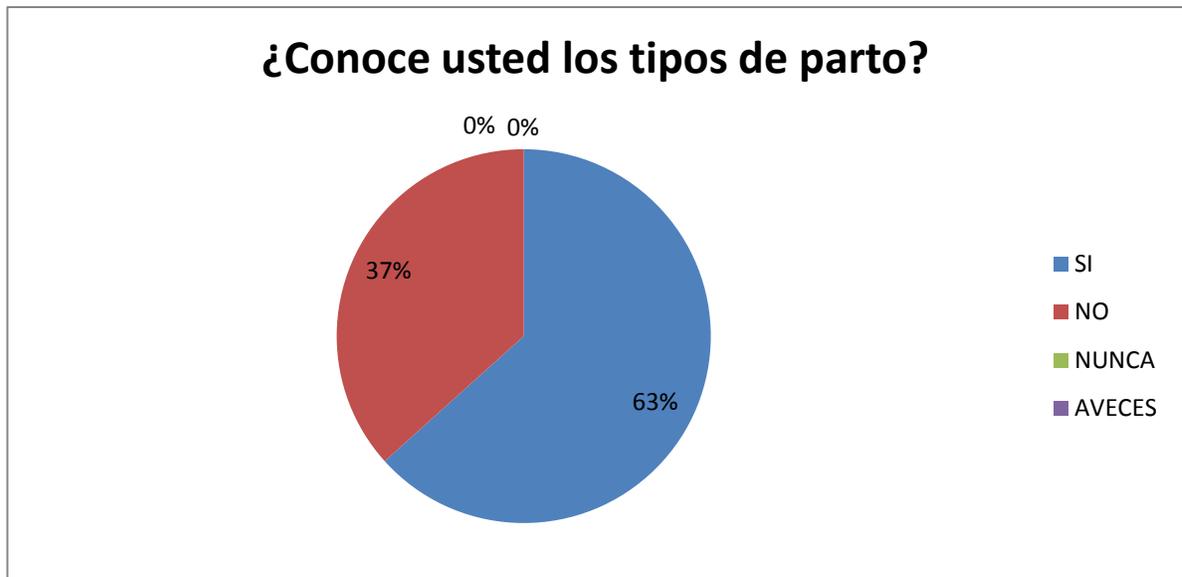


El 80% de las mujeres saben lo que es un parto.

El 20% de las mujeres no saben lo que es un parto

Se demuestra que la mayoría de las mujeres saben lo que es un parto.

Figura 10

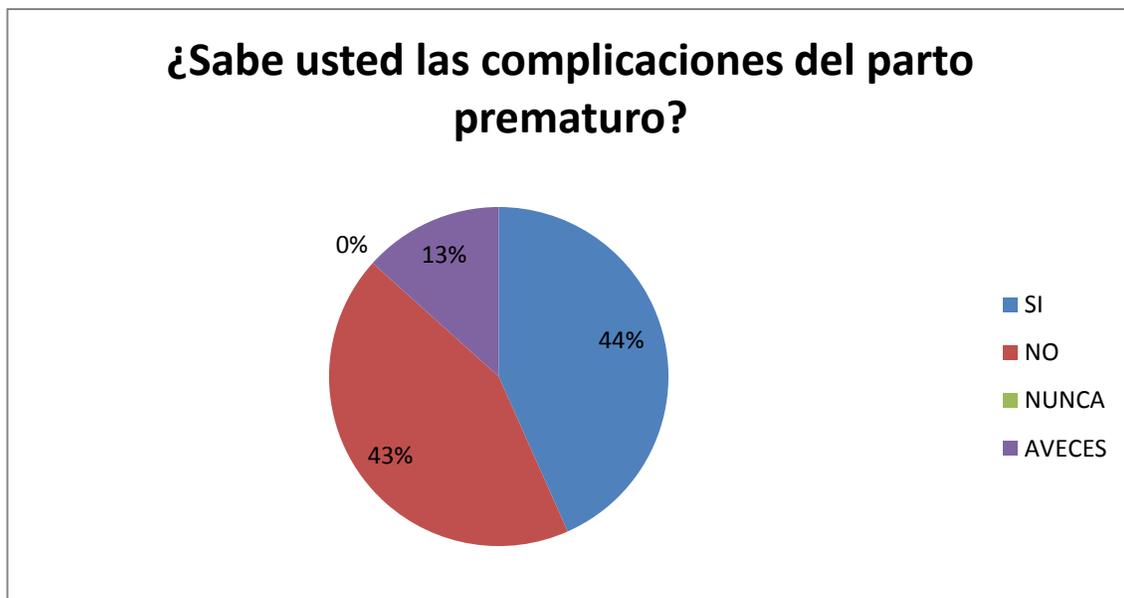


El 63% de las mujeres respondieron que saben los tipos de partos que existen.

El 37% de las mujeres respondieron que no saben los tipos de parto que existen.

Se demuestra que la mayoría de las mujeres saben los tipos de parto que existen.

Figura 11



El 44% de las mujeres saben las complicaciones del parto prematuro.

El 43% de las mujeres no saben las complicaciones del parto prematuro.

El 13% de las mujeres a veces saben las complicaciones del parto prematuro.

Se demuestra que la mayoría de las mujeres saben las complicaciones del parto prematuro.

Figura 12



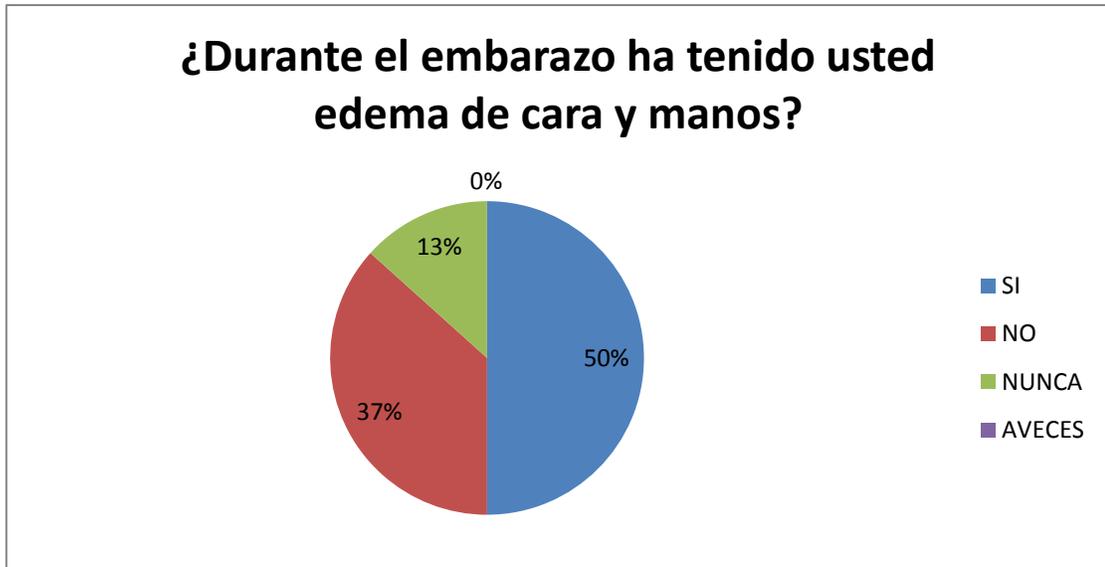
El 57% de las mujeres saben lo que significa el escape de líquido por la vagina.

El 40% de las mujeres no saben lo que significa el escape de líquido por la vagina.

El 3% de las mujeres a veces saben lo que significa el escape de líquido por la vagina.

Se demuestra que la mayoría de las mujeres saben lo que significa el escape de líquido por la vagina.

Figura 13

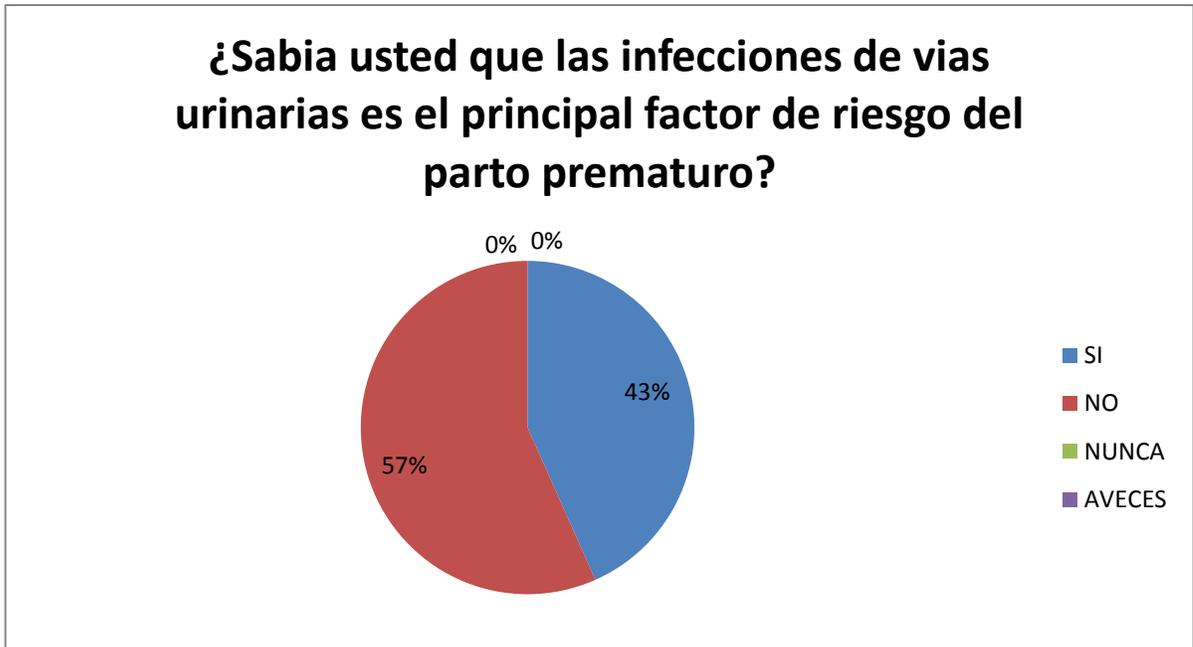


El 50% de las mujeres respondieron que durante el embarazo tuvo edema de cara y manos.

El 37% de las mujeres respondieron que durante el embarazo no presentaron edema de cara y manos.

El 13% de las mujeres respondieron nunca presento durante el embarazo edema de cara y manos.

Figura 14



El 57% de las mujeres respondió que no saben que las infecciones de las infecciones de vías urinarias es el principal factor de riesgo del parto prematuro.

El 43% de las mujeres respondió que saben que las infecciones de las infecciones de vías urinarias es el principal factor de riesgo del parto prematuro.

Se demuestra que la mayoría de las mujeres no mujeres no tienen conocimiento de que las infecciones de las infecciones de vías urinarias es el principal factor de riesgo del parto prematuro.

Figura 15



El 70% de las mujeres respondieron que no se les ha informado sobre las complicaciones que trae consigo las infecciones de vías urinarias.

El 30% de las mujeres respondió que se les ha informado sobre las complicaciones que trae consigo las infecciones de vías urinarias.

Se demuestra que la mayoría de las mujeres no tienen conocimiento de las complicaciones que trae consigo las infecciones de vías urinarias.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De acuerdo con la recolección de datos recabados de las encuestas aplicadas a las mujeres embarazadas se llega a la conclusión de que la hipótesis planteada resulta ser verdadera por el poco conocimiento que se tiene sobre las infecciones vías urinarias en el embarazo ocasionando un parto pre término por lo cual concluimos con que es de suma importancia que las mujeres embarazadas que cursan con infecciones de vías urinarias tengan conocimiento amplio de las complicaciones que traen consigo estas, evitando así partos pretérmino.

Por otra parte como recomendaciones nos enfocamos al personal de Enfermería haciendo hincapié en brindar información amplia, precisa de calidad y calidez a todas las pacientes embarazadas.

Asi también el personal de enfermería deberá tener buenos conocimientos del tema para brindar una información clara y tener una buena comunicación Enfermera – Paciente y poder lograr el objetivo de evitar infecciones de vías urinarias y partos pretérmino causadas por estas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alemis, A. Buffa, G. Peralta, O y Quiroga, M. Apuntes de Cátedra de Enfermería Básica. Licenciatura en Enfermería 2010. UNSE
2. Biología (en español). Enciclopedia Hispánica. EE. UU.: Encyclopedica Britannica Publishers, Inc. 1995-1996. p. 27.).
3. Complicaciones médicas durante el embarazo Vincent T. Andriole editorial panamericana
4. Complicaciones médicas durante el embarazo (infecciones bacterianas) Vincent T. Andriole editorial panamericana
5. Diccionario de medicina Océano mosby
6. Ginecología y obstetricia clínicas (JamesDrife, MD FRCOG FRCPEdFRCSEdHonFCOGSA
7. Honorary Consultant Obstetrician and Gynecologists,
8. Manual de obstetricia Williams complicaciones obstétricas por el embarazo
9. Nuevo manual de Enfermería océano/centrum capítulo 22 página 635 capítulo 25 página 743
10. Obstetricia para la enfermera profesional Ramírez Félix manual moderno
11. Obstetricia y Ginecología Lorenzo Abad Martínez, Lorenzo Abad Martínez, Rafael Comino Delgado, Guillermo (López García) López – 2004
12. Parto prematuro Luis cabrero Roura Médica Panamericana
13. Professor of Obstetrics and Gynaecology, University of Leeds;

14. R. L. Wesley (1997): Teorías y modelos de enfermería. McGraw-Hill Interamericana, México
15. Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
16. ROBERT ORENSTEIN (marzo 1999). «Urinary Tract Infections in Adults» (en inglés). American Academy of Family Physicians: pp. 1225-1236..
17. Williams Ginecología Cunningham
18. Zamudio, apuntes 2012
19. Nuevo manual de Enfermería océano/centrum capítulo 25 página 743
20. Infecciones bacterianas Vicent T. Andriole 336