



**UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

TESIS

**“Bacteriuria asintomática y hábitos de comportamiento sexual en
gestantes atendidas en el centro de salud materno Túpac Amaru
NIVEL 1-3, Chiclayo 2022”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

AUTOR: Quiroz Vega Misshell Milagros

ASESOR: Dr. Miguel Angel Marcelo Gayanaduí

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: Salud materna, atención integral de la gestante.

CHICLAYO-PERU

2022

DEDICATORIA

- ✓ Durante este largo camino tuve altos y bajos, pero en las situaciones más difíciles es en donde conoces quienes no se van a rendir y harán todo lo posible para que triunfes, es por eso que dedico con todo mi corazón este trabajo de tesis a **AMADO DIOS** por su amor y confianza en mí. A mi **AMADA MADRE** por su paciencia, empuje y constancia, porque nunca se rindió conmigo, sin ella no lo hubiera logrado. A si mismo dedico este trabajo a mi **Esposo** e **Hijo** porque confiaron en mí, a pesar de que ni yo misma lo hacía y lo dedico a mis **Hermanos** y **Pastores** porque siempre lucharon por mi

AGRADECIMIENTO

- ✓ Agradezco especialmente a DIOS, por su amor, confianza, paciencia, empuje. Constancia, sin EL no lo hubiera logrado
- ✓ Agradezco a si mismo a madre, esposo, hijo, hermanos y pastores por su confianza puesta en mí, porque nunca se rindieron a pesar de mis quiebres

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE GENERAL	iv
ÍNDICE DE FIGURAS	v
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
1. INTRODUCCIÓN	8
1.1. Realidad problemática	8
1.2. Formulación del problema	10
1.3. Objetivos de la investigación.	10
1.4. Hipótesis	11
2. MARCO TEÓRICO	12
2.1. Antecedentes	12
2.2. Bases teóricas	16
3. METODOLOGÍA	23
3.1. Tipo y diseño de investigación	23
3.2. Población y muestra de estudios	24
3.3. Criterios de selección	24
3.4. Variables de estudio y su Operacionalización	25
3.5. Métodos, técnicas y procedimientos	29
3.6. Análisis y procedimientos de datos	29
3.7. Consideraciones éticas	30
4. RESULTADOS	31
5. DISCUSIÓN	38
6. CONCLUSIONES	41
7. RECOMENDACIONES	42
BIBLIOGRFÍA	43
ANEXOS	48

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1: Características generales de gestantes atendidas en un centro de salud materno en Chiclayo 2022.	31
Tabla 2: Bacteriuria asintomática en gestantes atendidas en un centro de salud materno en Chiclayo 2022	32
Tabla 3: Hábitos de comportamiento sexual en gestantes atendidas en un centro de salud materno en Chiclayo 2022.	33
Tabla 4: Bacteriuria asintomática y hábitos de comportamiento sexual en gestantes atendidas en un centro de salud materno en Chiclayo 2022	34
Tabla 5: Relación entre la bacteriuria asintomática y hábitos de comportamiento sexual en gestantes atendidas en un centro de salud materno en Chiclayo 2022	36
Tabla 6: Relación de la dimensión bacteriuria asintomática y las dimensiones de los hábitos comportamiento sexual en gestantes atendidas en un centro de salud materno en Chiclayo 2022.	37

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Características generales de gestantes atendidas en un centro de salud materno en Chiclayo 2022	32
Figura 2. Bacteriuria asintomática en gestantes atendidas en un centro de salud materno en Chiclayo 2022	33
Figura 3. Hábitos de comportamiento sexual en gestantes atendidas en un centro de salud materno en Chiclayo 2022	34

RESUMEN

En la presente investigación, tuvo como objetivo determinar la relación entre la bacteriuria asintomática y hábitos de comportamiento sexual en gestantes atendidas en un centro de salud materno en Chiclayo 2022. Se basó en investigar bases teóricas con respecto al estudio. La metodología planteada fue un estudio cuantitativo, correlacional observacional, epidemiológico y analítico, la finalidad fue básica, la información fue retrospectivo, diseño no experimental de corte transversal, tuvo una población de 82 gestantes de Julio a diciembre. El método y técnicas que se utilizaron fueron la ficha de recolección de datos y las historias clínicas. Tuvo resultados que la Bacteriuria asintomática está en relación negativa e inversa con los Hábitos de comportamiento sexual con un valor de Rho de Spearman igual a -0,538 y un valor de significancia de 0,000 y el valor de significancia es menor a 0,05 por lo tanto se rechaza H₂ por lo tanto se acepta H₁; es decir; existe relación entre bacteriuria asintomática y hábitos de comportamiento sexual en gestantes atendidas en un centro de salud materno en Chiclayo 2022

Palabras claves: Bacteriuria asintomática, hábitos, comportamiento sexual, gestantes, características epidemiológicas.

ABSTRACT

In the present investigation, the objective was to determine the relationship between asymptomatic bacteriuria and sexual behavior habits in pregnant women treated at a maternal health center in Chiclayo 2022. It was based on investigating theoretical bases regarding the study. The proposed methodology was a quantitative, correlational observational, epidemiological and analytical study, the purpose was basic, the information was retrospective, the non-experimental cross-sectional design, had a population of 82 pregnant women from July to December. The method and techniques used were the data collection form and the medical records. It had results that asymptomatic bacteriuria is negatively and inversely related to sexual behavior habits with a Spearman's Rho value equal to -0.538 and a significance value of 0.000 and the significance value is less than 0.05 therefore H2 is rejected therefore H1 is accepted; namely; There is a relationship between asymptomatic bacteriuria and sexual behavior habits in pregnant women treated at a maternal health center in Chiclayo 2022

Keywords: Asymptomatic bacteriuria, habits, sexual behavior, pregnant women, epidemiological characteristics.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

Como realidad problemática tenemos que las infecciones del tracto urinario (ITU) se consideran el más tipo común de infección bacteriana durante el embarazo. En Además, las ITU durante el embarazo se clasifican en las infecciones de la parte inferior (cistitis) o superior (pielonefritis) vías urinarias. Las ITU más bajas se asocian con un 40% mayor riesgo de desarrollar pielonefritis en el embarazo, que se producen en respuesta a los cambios fisiológicos en el tracto urinario durante el embarazo, un aumento en el sexo hormonas, el aumento del volumen de la vejiga y la disminución tono de la vejiga, junto con la disminución del tono uretral contribuyendo al aumento de la estasis urinaria y vesicoureteral reflujo (1).

Estos cambios, junto con una distancia uretravaginal corta aumentan la frecuencia de UTI durante embarazada (2). La prevalencia de ITU es considerable entre las mujeres embarazadas en países asiáticos como Pakistán (12,4 %), Turquía (8,5 %), India (13,3 %) e Irán (13%) (4-7). Además, la UTI durante el embarazo puede tener complicaciones graves que afectan la salud de ambas madres y fetos, incluyendo trabajo de parto prematuro, bajo peso al nacer, retraso del crecimiento intrauterino, muerte fetal o infección sistémica (3).

La prevalencia de ITU es considerable entre los iraníes mujeres embarazadas y la resistencia a los antibióticos también es alta en Irán (4). Es importante destacar que la prevención de la UTI es esencial para mejora de la salud materna e infantil, así como la reducción del riesgo de parto prematuro (5). No es adecuado evidencia sobre la influencia de la higiene sexual y genital Hábitos en la UCI durante el embarazo. Así, el estudio actual tuvo como objetivo determinar la asociación entre ITU y Hábitos de higiene sexual y genital en mujeres embarazadas.

La carga de esta bacteriuria asintomática entre las mujeres embarazadas en Etiopía también varía según la ubicación del estudio (6). En Etiopía, no existe una guía que recomiende la detección de ASB para las mujeres embarazadas, independientemente de los síntomas y signos. Si no se trata en el momento de la ASB,

causa alrededor del 40 % de la cistitis (infección de la vejiga) y el 30 % de la pielonefritis (infección del riñón). También afecta a los lactantes al causar parto prematuro, bajo peso al nacer, retraso del crecimiento intrauterino, trabajo de parto prematuro, muerte fetal intrauterina y, en general, aumenta la mortalidad y la morbilidad prenatal. Se estima que del 30 al 50% de las mujeres embarazadas sin tratamiento a tiempo de la ASB en el embarazo progresarán a una infección del tracto urinario sintomática. Por lo tanto, la detección y el tratamiento adecuados de la ASB reducirán la tasa de infección al 3% (7).

La bacteriuria asintomática (BAS) es una afección en la que el cultivo de orina revela un crecimiento significativo de bacterias que es mayor o igual a 10^5 unidades formadoras de colonias por mililitro (ml) de orina extraída de una muestra limpia del chorro de orina pero sin que el paciente muestre síntomas como infección del tracto genitourinario (8). Las mujeres embarazadas se ven dos veces más afectadas que las mujeres no embarazadas de la misma edad. La bacteriuria asintomática puede ser una infección del tracto urinario sintomática y asintomática.

El embarazo es un proceso de cambio (cirugía, funciones y hormonas) que pueden crear complicaciones médicas, en este grupo, más comunes son las infecciones del tracto urinario, en una de las ofertas, las bacterias no tienen síntomas, águila inflamación. Este sufrimiento durante el embarazo asociado con muchas complicaciones de la madre, como el nacimiento temprano, el bajo peso al nacer, y la muerte permanente, la anemia, la presión arterial alta, el prepago y la amnita. (9)

El porcentaje de bacterias sin síntomas en mujeres casi embarazadas en las mujeres no está embarazada, sino que las bacterias frecuentes son más comunes durante el embarazo. Los no síntomas se realizaron en 2-7% con aproximadamente 2-10% dependiendo de los estudiados; La mayoría de estos casos están embarazadas (3-5%) y la tasa de adquisición en el embarazo es de aproximadamente 1-2%, es frecuente que ocurrir en los primeros tres meses de embarazo, con solo el 25% de los casos del segundo y tercer trimestre. Los factores relacionados con el mayor riesgo de diabetes, complicaciones de preexistencia y impuestos (10).

La bacteriuria asintomática es un problema de salud pública mundial. Durante el embarazo, las complicaciones médicas son las más comunes. Dado lo anterior, se debe realizar un urocultivo con un análisis de orina completo. En ese sentido, este trabajo tiene como objetivo señalar la prevalencia de las ITU asintomáticas en gestantes atendidas en el Centro de Salud Materna de Chiclayo, para demostrar la importancia del diagnóstico adecuado y evitar complicaciones que pueden afectar tanto a la madre como al niño. Los resultados obtenidos pueden servir como consejo a las mujeres embarazadas para prevenir la posibilidad de bacteriuria asintomática en mujeres embarazadas.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre la bacteriuria asintomática y los hábitos de comportamiento sexual en gestantes atendidas en un centro de salud materno en Chiclayo 2022?

1.3. Objetivos de la investigación.

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la bacteriuria asintomática y hábitos de comportamiento sexual en gestantes atendidas en un centro de salud materno en Chiclayo 2022

1.3.2. Objetivos específicos.

Evaluar la bacteriuria asintomática en gestantes atendidas en un centro de salud materno en Chiclayo 2022.

Identificar los hábitos de comportamiento sexual en gestantes atendidas en un centro de salud materno en Chiclayo 2022.

Medir la relación las dimensiones de bacteriuria asintomática y las dimensiones de los hábitos comportamiento sexual en gestantes atendidas en un centro de salud materno en Chiclayo 2022.

1.4. Hipótesis

H1: Existe relación entre bacteriuria asintomática y hábitos de comportamiento sexual en gestantes atendidas en un centro de salud materno en Chiclayo 2022.

H2: No existe relación entre bacteriuria asintomática y hábitos de comportamiento sexual en gestantes atendidas en un centro de salud materno en Chiclayo 2022.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Como antecedentes internacionales tenemos según, Mekuria, et al (11) En Etiopía, tuvo como objetivo determinar la magnitud, los factores asociados y el patrón de susceptibilidad antimicrobiana de la bacteriuria asintomática en mujeres embarazadas. Se realizó un estudio transversal de marzo a abril de 2019. Los resultados fueron que la prevalencia global de bacteriuria asintomática fue del 19,9%. La dirección de limpieza después del lavado genital, la micción poscoital y el cateterismo fueron factores significativamente asociados con la bacteriuria asintomática. La mayoría de los Gram positivos aislados fueron altamente sensibles a Ceftriaxona (90,9%). Los estafilococos coagulasa negativos mostraron mayor sensibilidad a Augmentin (75,0) y Ceftriaxona (87,5%), mientras que mostraron resistencia a Clindamicina (68,7%) y Ampicilina (62,5%). Conclusión. La prevalencia general de bacteriuria asintomática entre las mujeres embarazadas en este estudio fue alta. La dirección de limpieza después del lavado genital, el cateterismo y la micción poscoital aumenta las probabilidades de bacteriuria asintomática.

Tadesse, et al (12) en su artículo, tuvo como finalidad evaluar la prevalencia, el perfil de susceptibilidad a los antimicrobianos y los factores asociados de la bacteriuria asintomática entre las mujeres embarazadas que asisten a la clínica prenatal en el Hospital Adigrat, en el norte de Etiopía. Es un estudio descriptivo, no experimental. Sus resultados de 259 gestantes incluidas en el estudio, la prevalencia de bacteriuria asintomática fue de 55 (21,2%). Edad de la madre (18-25 años) con [AOR = 8,5, IC 95% (2,2, 32,9)], ingreso familiar (< 1000 ETB) con [AOR = 7,5, IC 95% = (2,4, 23,1)] y período gestacional en el primer trimestre [AOR = 11,9, IC del 95 % (4,4, 32,4)] y segundo trimestre [AOR; 5,6, IC del 95 % (2,0, 15,5 %)] fueron predictores significativamente asociados con la bacteriuria asintomática. Todos los aislamientos de Gram negativos resultaron 100% resistentes a la ampicilina. Además, todos los aislados Gram positivos resultaron sensibles a la vancomicina al 100 %.

Ahiatrogah, et al (13) En Ghana, en su artículo tuvo como objetivo perfilar los uropatógenos y describir la prevalencia basada en la población, el patrón de sensibilidad a los antimicrobianos y determinar los factores de riesgo de bacteriuria asintomática entre las mujeres embarazadas que asisten a la clínica prenatal del Ho Teaching Hospital, en Ghana. Se cultivaron muestras de orina, se identificaron los aislamientos y se realizaron pruebas de sensibilidad a los antibióticos siguiendo las pautas del Clinical and Laboratory Standard Institute (CLSI). 46 (13,7%) de 335 gestantes presentaron bacteriuria asintomática. La bacteria más frecuentemente aislada fue la especie *Pseudomonas* (26,1%), seguida de *Escherichia coli* (21,7%). Todos los aislamientos (n=46; 100 %) fueron resistentes a Augmentin, mientras que el 87 % de los aislamientos (n=40) fueron sensibles a Gentamicina. Sin embargo, la mayoría de los aislamientos fueron multirresistentes a los antibióticos. Todos los uropatógenos fueron resistentes a Augmentin, mientras que se observaron altas tasas de resistencia a Tetraciclina, Amikacina, Norfloxacin y Levofloxacin. El estudio revela que la bacteriuria asintomática se asoció significativamente con el primer trimestre del embarazo y sin educación.

Moradpour, et al (14) En Irán, su artículo tuvo como objetivo determinar el efecto de la teoría del programa de educación conductual planificada en la promoción de conductas de prevención de infecciones del tracto urinario en mujeres embarazadas. El presente estudio fue un ensayo controlado aleatorio en el que 100 mujeres embarazadas, que visitaron los centros de salud de la ciudad de Zarinshahr, se dividieron aleatoriamente en dos grupos, intervención y control. Resultados, después de implementar la intervención educativa, las puntuaciones medias de conocimiento y constructos de la teoría del comportamiento planificado aumentaron significativamente en el grupo de intervención a lo largo del tiempo ($P < 0,001$). Después de la intervención educativa, la incidencia de infecciones del tracto urinario (ITU) fue del 4,3% en el grupo de intervención y del 21,3% en el grupo control. Conclusión, en este estudio, el uso de métodos como la discusión grupal y el juego de roles promovieron actitudes, control conductual percibido y normas subjetivas de las mujeres

embarazadas y, como resultado, se redujo la ITU en las mujeres del grupo de intervención.

A nivel nacional tenemos, Malasquez B (15) Tuvo como objetivo comparar las características de la actividad sexual en gestantes con y sin infección genitourinaria atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho de Lima, año 2018. Metodología: estudio de diseño descriptivo comparativo, de corte transversal y prospectivo, con dos grupos de 56 gestantes con y sin infecciones genitales y urinarias a quienes se aplicó el cuestionario de sexualidad en la gestación (Q SXG) para evaluar la forma en que viven las gestantes y perciben su sexualidad. Se usó estadística descriptiva con cálculo de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central y de dispersión. Resultados: en la conducta sexual de gestantes con y sin infección genitourinaria, el inicio de relaciones sexuales fue a partir de los 15 años, tuvieron más de 3 parejas sexuales, relaciones sexuales más de dos veces por semana (el 32.1% de las gestantes con infección genitourinaria) y una vez por mes (el 28.6% de las gestantes sin infección). En la fisiología sexual, el nivel de deseo y excitación sexual en gestantes sin infección genitourinaria tuvo un promedio de 4.0, siendo mayor que en gestantes con infección genitourinaria. Conclusión: Las gestantes con infección genitourinaria tuvieron mayor frecuencia de relaciones sexuales, y menor nivel de deseo y excitación sexual que las gestantes sin infección genitourinaria atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho de Lima.

Campos, et al (16) Tuvo como oobjetivo, determinar los factores de riesgo conductuales que se relacionan con bacteriuria asintomática en gestantes. Diseño: Estudio caso control incidente. Institución: Hospital Daniel Alcides Carrión, Callao, Perú. Participantes: Gestantes. Intervenciones: Entre julio y junio Resultados: Se observó asociación entre los siguientes: a) reprimir la micción y la bacteriuria asintomática, con OR_{crudo} 3,694 (IC 95%: 2,556 a 5,356); al ajustar el odds ratio (OR) por probables variables confusoras, la asociación se mantuvo, OR: 3,4766 (3,057 a 7,421); Conclusiones: La frecuencia de bacteriuria asintomática fue tres veces mayor en gestantes que retuvieron la orina, y las gestantes que tenían relaciones

sexuales diarias tuvieron 70% mayor posibilidad de hacer bacteriuria asintomática. Es recomendable considerar estos resultados en la consejería de la gestante.

Merino O (17) Tuvo como objetivo. Determinar la incidencia de Bacteriuria asintomática en gestantes atendidas en un hospital de Piura. Metodología. Es un trabajo de investigación observacional, retrospectivo y analítico de datos obtenidos del hospital Santa Rosa II-2 Piura. A quienes se le tomaron muestras de orina - por profesional capacitado, y una encuesta aplicada a los pacientes. Resultados. La incidencia de bacteriuria asintomática en gestantes fue de 0.67%, no hubo diferencia significativa entre los controles prenatales e ITU materna, la ITU materna e hipertensión gestacional en un 5,88% se relacionan estadísticamente con bacteriuria asintomática en gestantes, el peso del recién nacido tienen diferencias estadísticamente significativos con bacteriuria asintomática. Conclusiones. La incidencia fue muy por debajo en comparación a otros estudios. Los controles prenatales no influyen en la ITU materna. Las complicaciones asociadas fueron ITU materna, Hipertensión gestacional y el peso del recién nacido.

Vergara K (18) estudio de investigación se realizó con la finalidad de determinar la prevalencia de bacteriuria asintomática y el perfil de resistencia en urocultivo de gestantes del Hospital III EsSalud, Punchana 2018. El método empleado fue el cuantitativo, descriptivo, transversal y retrospectivo. La población accesible estuvo conformada por 97 gestantes que fueron atendidas en el Hospital III EsSalud, Iquitos, Punchana y San Juan respectivamente. Los hallazgos indican que se encontró una prevalencia del 6% el cual se acerca al límite superior de la normalidad, para la estadísticas internacionales; no se encontró asociación estadísticamente significativa con las variables edad, lugar de procedencia, paridad, semanas de gestación, infección urinaria previa y diabetes gestacional; respecto a la bacteria aislada en urocultivo, se encontró a *Escherichia coli* en un 56.60% del total de la muestra, seguida por *Enterobacter aerogenes*, *Enterobacter cloacae*, *Klebsiella pneumoniae*, en un 6.19%, y otras entre el 3.09% y 1.03% respectivamente. Respecto a la resistencia antibiótica, el 68.8% de las bacterias son resistentes al Trimetopin /Sulfametaxazol, 70.1% Ac. Nalidixico, 60.9% Norfloxacin.

2.2. Bases teóricas

Como bases teóricas tenemos que la bacteriuria asintomática (BA) se definen como un gran reconocimiento de colonias bacterianas en muestras de orina, específicamente de los pacientes? Hay signos o síntomas debido a infecciones del tracto urinario. Se entiende por colonias importantes, y se aísla un tipo con > 100000 UFC / ML en una sola muestra de comestibles (19) o dos patrones consecutivos en mujeres con la misma cultura bacteriana en cantidad agrícola (20).

En general, se reconoce que la tasa de no síntomas (tres) durante el embarazo es como los que sufren de población no embarazada y son principalmente pre-embarazo. En las mujeres embarazadas, una combinación de cambios mecánicos, hormonas y funciones de miembros contribuye a los cambios en el tracto urinario, que afecta significativamente la falta de síntomas. El policarbonato extranjero (tres) es la infección por urología más común en el embarazo, del 2% al 7% en todas las mujeres embarazadas (21).

Entre los factores de riesgo que evolucionan en la edad avanzada, el sexo femenino, la presencia de la diabetes, la presión arterial alta, la hipertensión, la reducción de la función renal, la historia submoxirica de HUYNH, el cáncer, la obesidad no independiente. En mujeres embarazadas, una combinación de cambios mecánicos, hormonas y contribuye fisiológicamente a los cambios en el tracto urinario, lo que afecta en gran medida la presencia de los no síntomas.

Otros factores de riesgo son un mal estado económico (aumento de BA) y la presencia de drepanocitemia (principalmente en razas negras y reduce la tasa de falta de síntomas); Diabetes en el embarazo tailandés y antiguo; Trasplantes de riñón y pacientes con lesiones entre las personas (vejiga nerviosa) (22).

Etiología; La Bacteriuria Asintomática en una mujer embarazada principalmente porque las encuestas de la familia de iguales, los migrantes. Cole es responsable del 75-90% de los casos. Identificación de múltiples especies bacterianas en urocultivo o presencia de *Lactobacillus* spp o *Propionibacterium* spp. Puede indicar que la muestra de orina está contaminada (23).

Diferentes microorganismos, por ejemplo, *Proteus* spp. *Pseudomonas aeruginosa* y *Enterococcus* spp. Es igualmente incesante, con tasas que, según nuestra experiencia, oscilan entre el 15-30% de los casos. Menos comunes son las especies de *Proteaeae* distintas de *Proteus mirabilis*, por ejemplo, *Providencia* spp. o *Morganella morganii* y otros organismos microscópicos digestivos, por ejemplo, *Enterobacter* spp. o luego *Serratia marcescens* o *Citrobacter* spp. , así como cocos Gram-positivos (contando *Staphylococcus aureus*). (23)

El diagnóstico se realiza mediante cultivo de orina que mostrará la presencia de >100 000 unidades formadoras de colonias (CFU) por mil (bacteriuria mayor) de una bacteriuria (generalmente *Escherichia coli*). *coli*) en un paciente asintomático. Las muestras de orina deben obtenerse en determinadas condiciones asépticas, pero sin cateterismo vesical: tras la desinfección de los genitales externos, separar los labios y recoger el flujo medio de orina. Ni la microscopía de orina ni las bandas reactivas (esterasa leucocitaria, nitrito, etc.) (24).

Complicaciones. Existe evidencia de que las mujeres que desarrollan bacteriuria asintomática durante el primer trimestre y que no reciben los antibióticos apropiados pueden experimentar complicaciones maternas o fetales.

- Maternas: mayor riesgo de infección urinaria sintomática, pielonefritis aguda, rotura prematura de membranas, trastornos hipertensivos del embarazo.
- Neonatales: parto prematuro, bajo peso al nacer, RCIU.

Cuando no se trata, la bacteriuria asintomática puede provocar varios enredos. Según varios autores, el paso de la bacteriuria asintomática a la pielonefritis oscila entre 20 y medio. (25). El riesgo del parto prematuro es aproximadamente el doble que el de las mujeres embarazadas que nunca han desarrollado bacteriuria asintomática. A pesar de lo que se pensaba recientemente, no parece, a todas luces, que exista una conexión entre la bacteriuria asintomática y la toxemia o la enfermedad. Hasta el 33% de las repeticiones se han presentado en la bacteriuria asintomática, por lo que se sugiere un cultivo de orina aproximadamente 10 días después de finalizar el

tratamiento antiinfeccioso. Del mismo modo, las asociaciones de orina deben realizarse mes a mes hasta el final del embarazo (25).

Tratamiento antimicrobiano

La bacteriuria asintomática se puede tratar con antitoxinas ajustadas al ejemplo de indefensión de la desconexión. Las opciones potenciales incluyen betalactámicos, nitrofurantoína y fosfomicina. La selección de antimicrobianos también debe tener en cuenta la salud durante el embarazo. La duración ideal del uso de antiinfecciosos para la bacteriuria asintomática es dudosa. Se prefieren las antitoxinas momentáneas para limitar la apertura fetal a los antimicrobianos. El tratamiento transitorio con antitoxinas generalmente es convincente para matar la bacteriuria asintomática en el embarazo, aunque los regímenes de una sola porción pueden no ser tan viables como los regímenes más prolongados. (26)

Una excepción fue la fosfomicina en dosis única, que trató con éxito la bacteriuria. En tres ensayos que compararon el fármaco con otras terapias de mayor duración, la erradicación del organismo fue comparable (77-94 % versus 68-94 % para otros fármacos). (26)

Seguimiento: debido a que hasta el 30% de las mujeres no logran eliminar la bacteriuria asintomática luego de un curso corto de terapia, se debe obtener un cultivo de seguimiento como prueba de curación. Por lo general, a la semana después de la finalización de la terapia (27).

Tratamiento de bacteriuria persistente: Si el primer cultivo de seguimiento (prueba de curación) es positivo para crecimiento conespecífico [≥ 105 ufc/mL] (bacteriuria persistente), se debe administrar otro curso de terapia antimicrobiana dependiendo de los resultados. el mismo agente antibacteriano en un curso más prolongado (p. ej., 7 días si se usó un régimen de tres días anteriormente) o use un agente antibacteriano diferente en un régimen estándar. La bacteriuria verdadera persistente implica un tratamiento inicial inadecuado y, por lo tanto, debe modificarse con un tratamiento diferente, en lugar de una bacteriuria recurrente (aislamiento de

diferentes especies o aislamiento de la misma especie después de borrar la bacteriuria inicial de la documentación) (27).

La terapia de supresión puede ser apropiada para mujeres con bacteriuria persistente después de dos o más ciclos de tratamiento. La nitrofurantoína (50 a 100 mg por vía oral antes de acostarse) se puede usar durante el embarazo si el cuerpo es susceptible. Si se administra terapia de supresión, no se requieren cultivos mensuales; sin embargo, puede ocurrir una bacteriuria irruptiva durante la terapia de supresión, por lo que generalmente realizamos al menos un cultivo de seguimiento, por ejemplo, a principios del tercer trimestre, para garantizar que la supresión sea efectiva. Si los cultivos subsiguientes son positivos [≥ 105 ufc/mL], se debe administrar otro curso de antimicrobiano según los datos de susceptibilidad. Si es necesario, los protocolos de supresión deben reevaluarse y ajustarse según los patrones de susceptibilidad (27).

Manejo de la bacteriuria recurrente: si el siguiente cultivo fue positivo para una especie diferente o si el siguiente cultivo no fue positivo [<105 ufc/mL], pero el siguiente cultivo fue nuevamente positivo (con la misma o diferente especie), ambos escenarios son asociados con bacteriuria recurrente. El tratamiento debe comenzar con uno de los regímenes utilizados para el ciclo bacteriano primario, modificado para las pruebas de susceptibilidad a los antibióticos (28).

Actividad sexual de la Gestante

Actividad sexual durante el periodo de gestación es definida como el medio que todo individuo interpreta o entiende los distintos estímulos que nos rodean, las cuales evidencian el acto de construcción que implican todo conocimiento inicial. Estudios demuestran que la actividad sexual en las gestantes es aquellas que ejercen distintas acciones sobre las funciones y sensaciones sexuales de la pareja, es por ello que en esta etapa no todas las embarazadas tienen el mismo deseo sexual, algunas gozan más su placer de sentirse amada, otras disminuyen su lívido sexual mediante los cambios (anatómicos, fisiológicos). Actividad sexual es de gran tabú por lo que influye en el conocimiento y aspecto sociocultural de las gestantes. (29)

Sexualidad en el Embarazo

La sexualidad es de gran importancia en las mujeres, más aún al mencionar la etapa del embarazo, ya que es donde desarrollan diferentes cambios los cuales van a repercutir en su vida sexual. Durante la gestación suelen aparecer problemas tanto personal como de pareja, apareciendo nuevos sentimientos y/o emociones por el motivo de la llegada de un nuevo integrante de la familia. En los últimos años se ha demostrado nuevas investigaciones acerca de sexualidad en las gestantes, ya que se centra en los comportamientos sexuales (actividad coital), disminuyendo así la atención en los aspectos cognitivos. (29)

Hoy en día, el tema de sexualidad está siendo olvidada entre las gestantes y el profesional de salud capacitado (obstetra). Las acciones sanitarias, encaminan a prever las posibles complicaciones que se relacionan durante el embarazo y parto. Muchas veces la información que reciben las gestantes son imprecisas, por lo que es susceptible para las malas interpretaciones, siendo fácil caer en periodos arbitrarios de abstinencia. El poco acceso a la información que los profesionales ejercen sobre sus pacientes es muy común en la actualidad. No se puede obviar la falta de formación que los profesionales de salud tienen acerca de este tema que es de gran prevalencia, ya que se ha visto ausentado los programas de formación en las gestantes al informar sobre sexualidad. Así también, no podemos ignorar la normalización que la sociedad ejerce sobre la sexualidad durante el embarazo (29).

Mitos y miedos de la sexualidad durante el embarazo

Cabe demostrar que las gestantes han confirmado que al mantener relaciones coitales pueden dañar al feto, otras se sienten cohibidas por los movimientos fetales, temiendo ocasionar un parto prematuro. Queda demostrado que la falta de información, añadido a la presencia de los prejuicios culturales son transmitidos a lo largo del tiempo, considerando muchas veces a la mujer gestante como un ser asexual. Anteriormente, se aprobaba que el sexo durante la gestación era sumamente incómodo, riesgoso e incluso indecente. El embarazo es de gran excusa para aquellas mujeres que no desean tener relaciones sexuales. Ciertos estudios muestran algunos

riesgos que se producen durante la actividad coital, sobre todo en el tercer trimestre de gestación, produciendo infecciones, las cuales ocasionan ruptura prematura de membrana, parto prematuro, entre otros (30).

Contraindicaciones de las relaciones coitales durante el embarazo

Si en caso no existe algún tipo de complicación durante el embarazo, si se puede mantener relaciones coitales: (30)

- Antecedentes de abortos (espontáneos de forma repetitiva).
- Embarazo actual con sangrado vaginal activo.
- Contracciones uterinas antes de lo normal.
- Amenaza de aborto ya sea por motivo de deficiencia hormonal, malformaciones genéticas o placenta de inserción baja.
- Amenaza de parto prematuro.
- Existencia de enfermedades tales como diabetes o pre eclampsia.
- Presencia de embarazo ectópico.

Cambios en el comportamiento sexual que se producen durante el embarazo

Ciertos cambios que se presentan en el comportamiento sexual de las gestantes son frecuentes e inician precozmente (31).

Primer trimestre Durante los primeros tres meses empieza la etapa de adaptación según los cambios que presenta la embarazada. Los cambios hormonales que presenta la gestante en este trimestre provocan ciertas inestabilidades emocionales, demostrando afecto por parte de la pareja. Se tiene en cuenta que las embarazadas requieren mayor esfuerzo para conservar un mejor ritmo sexual, ya que en esta etapa aparecen las náuseas, vómitos, sueño, fatiga, entre otras (31).

Por consiguiente, también aparece la sensibilidad de las mamas, por lo que ya no le resulta placer en el acto sexual, sintiéndose con molestia. Con respecto a los orgasmos, la gestante sigue manteniendo la misma intensidad y frecuencia (31).

Segundo trimestre En este trimestre sigue manteniéndose los cambios del trimestre anterior, aumentando su deseo sexual. Es aquí donde la gestante empieza a tener mayor bienestar, ya que disminuye los malestares físicos y en relación a la pareja empieza a comprender más. Cabe resaltar que curiosamente sienten su primer orgasmo, sintiéndose con mayor placer (31).

Tercer trimestre En este último trimestre mayormente las gestantes suelen disminuir su deseo sexual, muchas veces por el temor de provocar un parto precipitado. La excitación empieza a disminuir a medida que avanza el embarazo, por motivo que disminuye las sensaciones placenteras a raíz que el feto crece y es más dificultoso la posición para tener un coito placentero. También se origina disminución y frecuencia en los orgasmos a medida que va avanzando el embarazo (31).

3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Es un estudio cuantitativo, correlacional, observacional, epidemiológico analítico. El enfoque de la investigación fue cuantitativo; la investigación cuantitativa intenta determinar la fuerza de la asociación o correlación entre las variables, la objetividad general de los resultados, al inferir la población general de las muestras. (Hernández, et al (32)

La finalidad de la investigación fue básica; El propósito de este tipo de investigación fue aumentar el conocimiento de un tema determinado, y esto no tiene aplicación a corto o mediano plazo en la sociedad (32). El alcance de la investigación fue correlacional; explico que la investigación midió la relación de las variables del estudio (33).

El periodo en el que fue captada la información fue retrospectivo, una vez determinada la hora de inicio de la investigación, se hará un seguimiento de la población a lo largo del tiempo, y al analizar la tendencia de cualquier fenómeno, consideraremos revisarlo (en la mayoría de los casos). El periodo en el que se realiza la investigación como un estudio observacional que puede analizar datos variables recopilados en una muestra de población o un subconjunto predefinido durante un período de tiempo (33).

El tipo de inferencia de la investigación fue deductivo e inductivo; Tanto el método inductivo como el deductivo son estrategias de razonamiento lógico, los métodos inductivos utilizan premisas específicas para sacar una conclusión general y los métodos deductivos utilizan principios generales para sacar una conclusión específica. Ambos métodos son importantes para la generación de conocimiento (33).

El diseño de la investigación fue no experimental de corte transversal: esto se hizo sin manipulación deliberada de variables. Se basó fundamentalmente en la observación de que el fenómeno ocurre en el medio natural para su posterior análisis (33).

3.2. Población y muestra de estudios

Población: En este caso nuestra población fueron las gestantes atendidas que son un promedio de 82 en 6 meses.

Tabla 1: Población de gestantes

Nº	Meses	Total
1	Julio	16
2	Agosto	15
3	Septiembre	14
4	Octubre	15
5	Noviembre	12
6	Diciembre	10
TOTAL		82

Fuente: elaboración propia

Muestra: Estuvo conformada por 82 gestantes atendidas, lo que señaló que la muestra es igual a la población.

Muestreo; fue probabilístico ya que no se utilizó una fórmula para sacar la muestra.

3.3. Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Gestantes con diagnóstico de bacteriuria asintomática
- Gestantes que reciben un tratamiento
- Gestantes que firman el consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Pacientes no gestantes
- Gestantes que no reciben tratamiento
- Gestantes sin diagnóstico
- Gestantes que no desean participar del estudio
- Gestantes que no se atienden en la posta Túpac Amaruc

3.4. Variables de estudio y su Operacionalización

Variable dependiente: Bacteriuria asintomática

Variable independiente: Hábitos de comportamiento sexual en gestantes

Operacionalización

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicador	Tipo	Escala
Bacteriuria asintomática	La presencia de bacterias en orina cultivada (más de 100.000 colonias por ml) sin que existan síntomas clínicos de infección del tracto urinario	Urocultivo Características Epidemiológicas	- <10,000 (U.F.C.)/ml Contaminación - Entre 10,000 y 100,000 U.F.C./ml sospecha de infección. - >100,000 U.F.C. /ml se considera infección.	Cualitativa	Nominal
				Cualitativa	
				Cuantitativa	
				Cualitativa	
				Cualitativa	
				Cualitativa	
				Cualitativa	
				Cualitativa	

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicador	Tipo	Escala
Hábitos de comportamiento sexual en gestantes	Expresión de la sexualidad de cada persona que busca el erotismo y el placer cuando hay un contacto con otra persona, incluye el tipo de actividad sexual, promedio de actividad sexual (frecuencia) y prácticas sexuales complementarias	Conductual	Comportamiento sexual	Cualitativa	Nominal
				Cualitativa	
		Fisiología	Respuesta sexual	Cuantitativa	
				Cualitativa	
				Cualitativa	
		Simbólico	Aspectos relacionados a la percepción		
				Cualitativa	
				Cualitativa	
				Cualitativa	

Características generales de las gestantes	Características demográficas de una población	Edad	15 a 20 años 21 a 30 años 31 a 40 años 41 años a más	Cuantitativo	Intervalo
		Grado de instrucción	Ninguna Primaria Secundaria Superior	Cualitativo	Ordinal
		Estado civil	Unión libre Soltera Casada Conviviente Otros	Cualitativo	Ordinal

3.5. Métodos, técnicas y procedimientos

El método utilizado es el descriptivo en el cual tiene como objetivo analizar sistemáticamente con respecto a las variaciones o a las condiciones de una situación. La técnica a utilizar es la revisión documental. El instrumento a utilizar es la ficha de recolección de datos, en la cual se utilizara las historias clínicas, son las herramientas investigativas que facilitan el registro e identificación de las fuentes de información, así como el acopio de datos o evidencias; finalmente contribuye con la construcción de los resultados y el reporte final de una investigación, asimismo se utilizara una encuesta y como instrumento será un cuestionario.

Validez: se determina la revisión de la presentación del contenido, el contraste de los indicadores con los ítems (preguntas) que miden las variables pertinentes. En ese sentido, se estima la validez como el hecho de que una prueba sea de tal manera concebida, elaborada y aplicada y que mida lo que se propone medir, en este estudio se utilizará una ficha de recolección de datos y una encuesta para las variables en estudio, estos instrumentos pasaran por la validación de juicio de expertos, ya que será de elaboración propia.

Confiabilidad: Por lo cual el cuestionario se aplicó una prueba piloto, esta prueba consistió en tomar una parte de la población para determinar si el instrumento es confiable, haciendo uso del programa SPSS 22, lo cual el resultado fue de 0,901 y se aplicó a 14 gestantes y se determinó el alfa de crombach lo cual estableció la confiabilidad del instrumento.

Esta parte del proceso de investigación consistió en procesar datos (dispersos, desordenados, individuales) obtenidos de la población objeto de estudio durante el trabajo de campo, y tuvo como finalidad generar resultados (datos agrupados y ordenados), a partir de los cuales se realizará el análisis según los objetivos.

3.6. Análisis y procedimientos de datos

Se envió el tema a la universidad para la aceptación del proyecto de investigación en la cual, la universidad envió un documento firmado para empezar con el procedimiento de datos teóricos del proyecto

3.7. Consideraciones éticas

Este proyecto fue evaluado y aprobado por el comité de investigación y ética de la Universidad.

Asimismo se basó en principios tales como:

Principio de autonomía: respetar a un agente autónomo implica, como mínimo, asumir su derecho a tener opiniones propias, a elegir y a realizar acciones basadas tanto en sus valores como en sus creencias personales.

Este principio se aplica a todas gestantes que desean participar en este estudio, y que pueden colaborar con sus respuestas y a la vez si quieren también se pueden retirar en cualquier momento.

Principio de Beneficencia: este principio implica que debe buscarse siempre incrementar al máximo los potenciales beneficios para los sujetos y reducir los riesgos.

Este principio no perjudica a las personas involucradas, ya que es importante saber de este sistema.

Principio de Justicia: Esto significa que las personas que tienen derecho a la salud deben recibir igual cantidad y calidad de servicios y recursos. Las personas que participan en este estudio, su identidad será reservada y la información recopilada será para el beneficio de la investigación.

4. RESULTADOS

Análisis descriptivo

Se realizó la descripción de los resultados obtenidos con respecto a la bacteriuria asintomática en gestantes y los hábitos de comportamiento sexual en gestantes.

Tabla 1

Características generales de gestantes atendidas en un centro de salud materno en Chiclayo 2022.

		N	%
Edad	15 - 20 años	21	25,6%
	21 - 30 años	36	43,9%
	31 - 40 años	16	19,5%
	41 a más	9	11,0%
Grado de instrucción	Ninguna	2	2,4%
	Primaria	27	32,9%
	Secundaria	36	43,9%
	Superior	17	20,7%
Estado civil	Unión libre	0	0,0%
	Soltera	25	30,5%
	Casada	45	54,9%
	Conviviente	12	14,6%

Nota: En la tabla se muestran las características generales de las gestantes atendidas en un centro de salud materno en Chiclayo, 2022

En la tabla 1 se observan las características generales de las gestantes atendidas, es así que la edad promedio está entre 21 a 30 años representado por el 43,9% (36) de las gestantes; con respecto al grado de instrucción se tiene que en promedio las gestantes tienen estudios secundarios, lo que representa el 25,6%(21) de las gestantes; en cuanto al estado civil se tiene que en promedio son casadas, lo que representa el 54,9%(45) de las gestantes.

Figura 1. Características generales de gestantes atendidas en un centro de salud materno en Chiclayo 2022

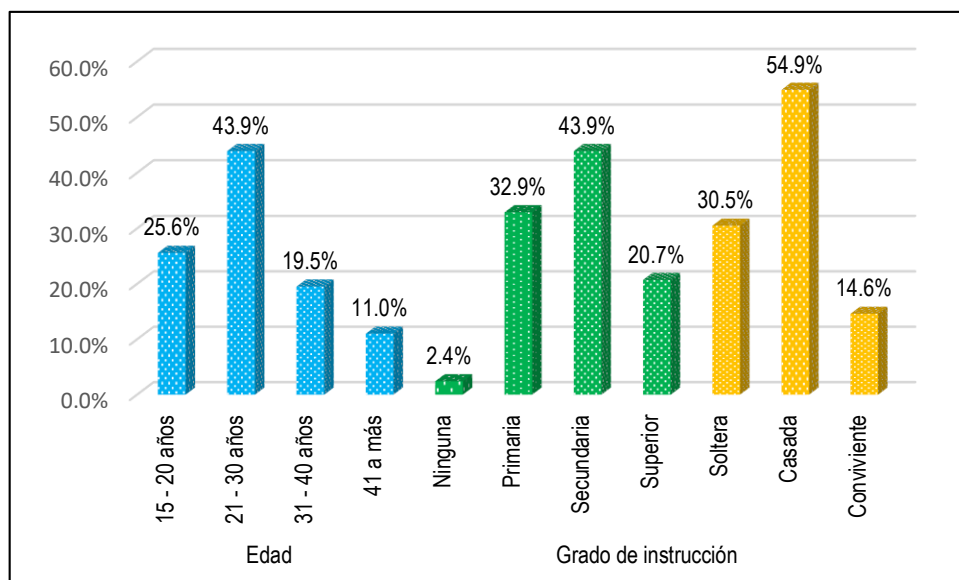


Tabla 2

Bacteriuria asintomática en gestantes atendidas en un centro de salud materno en Chiclayo 2022

	n	%
Contaminación (< 10 000 U.F.C./ml)	10	12,2
Sospecha de infección (entre 10 000 y 100 000 U.F.C/ ml)	38	46,3
Infección (> 100 000 U.F.C./ml)	34	41,5
Total	82	100,0

Nota: En la tabla se muestran las características generales de las gestantes atendidas en un centro de salud materno en Chiclayo, 2022

En la tabla 2 se muestran los resultados con respecto a la Bacteriuria asintomática en gestantes es así que la mayoría muestran sospecha de infección (entre 10 000 y 100 000 U.F.C./ml) representado por 46,3%(38); además 41,5%(34) gestantes presentaron infección (> 100 000 U.F.C/ml); solo 12,2% (10) de las gestantes presentaron contaminación (< 10 000 U.F.C/ml)

Figura 2. *Bacteriuria asintomática en gestantes atendidas en un centro de salud materno en Chiclayo 2022*

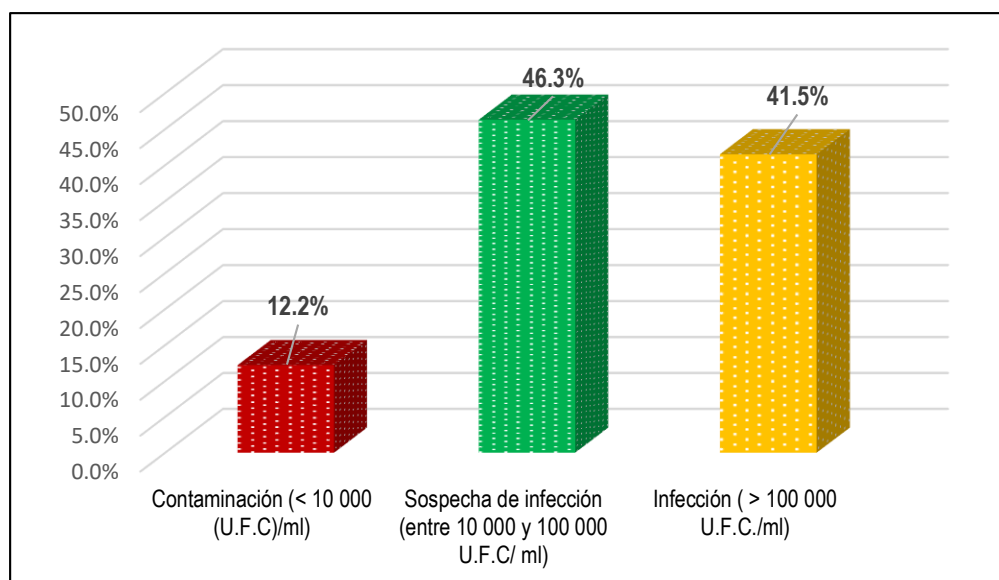


Tabla 3

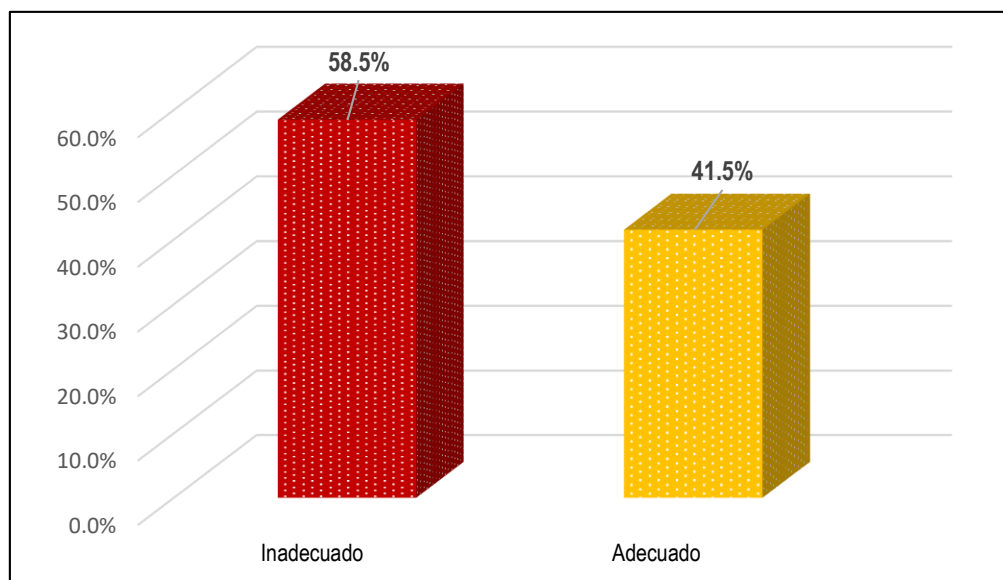
Hábitos de comportamiento sexual en gestantes atendidas en un centro de salud materno en Chiclayo 2022.

	n	%
Inadecuado	48	58,5
Adecuado	34	41,5
Total	82	100,0

Nota: En la tabla se muestran los hábitos de comportamiento sexual en gestantes atendidas en un centro de salud materno en Chiclayo, 2022

En la tabla 3 se muestran los hábitos de comportamiento sexual en gestantes atendidas es así que 58,5%(48) de gestantes tienen inadecuados hábitos de comportamiento sexual, mientras que 41,5%(34) de gestantes tienen adecuados hábitos de comportamiento sexual.

Figura 3. Hábitos de comportamiento sexual en gestantes atendidas en un centro de salud materno en Chiclayo 2022



Análisis inferencial

Tabla 4

Bacteriuria asintomática y hábitos de comportamiento sexual en gestantes atendidas en un centro de salud materno en Chiclayo 2022

		Hábitos de Comportamiento sexual			
		No adecuado		Adecuado	
		N	%	N	%
Bacteriuria Asintomática	Contaminación (< 10 000 (U.F.C)/ml)	0	0,0%	10	12,2%
	Sospecha de infección (entre 10 000 y 100 000 U.F.C/ml)	19	23,2%	19	23,2%
	Infección (> 100 000 U.F.C./ml)	29	35,4%	5	6,1%

Nota: En la tabla se muestran la relación entre Bacteriuria asintomática y hábitos de comportamiento sexual en gestantes atendidas en un centro de salud materno en Chiclayo, 2022

En la tabla 4 se observa que 12,2%(10) de las gestantes que presentan contaminación (< 10 000 U.F.C/ml) a la vez que tienen adecuados hábitos de comportamiento sexual; 23,3%(19) de las gestantes que presentan sospecha de infección a la vez que no son adecuados los hábitos de comportamiento sexual, así mismo que el 23,3%(19) de las gestantes que presentan sospecha de infección a la vez que son adecuados los hábitos de comportamiento sexual. Por otro lado 35,4%(29) de las gestantes que tienen infección (100 000 U.F.C./ ml) presentan hábitos de comportamiento sexual no adecuado.

Prueba de hipótesis

Para probar la hipótesis se plantean los siguientes supuestos:

H1: Existe relación entre bacteriuria asintomática y hábitos de comportamiento sexual en gestantes atendidas en un centro de salud materno en Chiclayo 2022.

H2: No existe relación entre bacteriuria asintomática y hábitos de comportamiento sexual en gestantes atendidas en un centro de salud materno en Chiclayo 2022.

Nivel de significancia

Se considera $\alpha = 0,05$

Nivel de confianza

El nivel de confianza es del 95,0%

Prueba estadística

La prueba a considerar es Rho de Spearman

Tabla 5

Relación entre la bacteriuria asintomática y hábitos de comportamiento sexual en gestantes atendidas en un centro de salud materno en Chiclayo 2022

			Hábitos
Rho de Spearman	Bacteriuria asintomática	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-,538 ,000 82

Los resultados indican que la Bacteriuria asintomática esta en relación negativa e inversa con los Hábitos de comportamiento sexual con un valor de Rho de Spearman igual a -0,538 y un valor de significancia de 0,000.

El valor de significancia es menor a 0,05 por lo tanto se rechaza H2 por lo tanto se acepta H1; es decir; existe relación entre bacteriuria asintomática y hábitos de comportamiento sexual en gestantes atendidas en un centro de salud materno en Chiclayo 2022

Para probar la hipótesis se plantean los siguientes supuestos:

H1: Existe relación entre la dimensión de la bacteriuria asintomática y las dimensiones de los hábitos de comportamiento sexual en gestantes atendidas en un centro de salud materno en Chiclayo 2022.

H2: No existe relación entre la dimensión de la bacteriuria asintomática y las dimensiones de los hábitos de comportamiento sexual en gestantes atendidas en un centro de salud materno en Chiclayo 2022.

Nivel de significancia

Se considera $\alpha = 0,05$

Nivel de confianza

El nivel de confianza es del 95,0%

Prueba estadística

La prueba a considerar es Rho de Spearman

Tabla 6

Relación de la dimensión bacteriuria asintomática y las dimensiones de los hábitos comportamiento sexual en gestantes atendidas en un centro de salud materno en Chiclayo 2022.

			Conductual	Fisiología	Simbólico
Rho de	Características	Coeficiente de correlación	-,585**	-,449**	-,534**
Spearman	Epidemiológicas	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000
		N	82	82	82

Los resultados indican que las características epidemiológicas de la Bacteriuria asintomática están en relación negativa e inversa con la dimensión conductual de los Hábitos de comportamiento sexual con un valor de Rho de Spearman igual a -0,585 y un valor de significancia de 0,000.

Por otro lado, las características epidemiológicas de la Bacteriuria asintomática está en relación negativa e inversa con la dimensión fisiología de los Hábitos de comportamiento sexual con un valor de Rho de Spearman igual a -0,449 y un valor de significancia de 0,000.

Así mismo, las características epidemiológicas de la Bacteriuria asintomática esta en relación negativa e inversa con la dimensión simbólica de los Hábitos de comportamiento sexual con un valor de Rho de Spearman igual a -0,534 y un valor de significancia de 0,000

Por tanto, existe relación entre la dimensión de la bacteriuria asintomática y las dimensiones de los hábitos de comportamiento sexual en gestantes atendidas en un centro de salud materno en Chiclayo 2022.

5. DISCUSIÓN

Al empezar el análisis de los resultados obtenidos, de acuerdo a los objetivos del estudio.

En el objetivo general, manifiesta que existe una relación entre bacteriuria asintomática y hábitos de comportamiento sexual, con un valor de Rho de Spearman igual a -0,538. Estos resultados coinciden con Mekuria E, Zelalem T, Fitsum W, Degu A¹¹, este estudio manifiesta que La bacteriuria asintomática es una condición en qué urocultivo revela la presencia de más de 105 unidad formadora de colonias de bacterias por mililitros (UFC/mL), pero el cliente no muestra signos y síntomas de infección del tracto urinario. Un estudio inicial de reveló que la aparente reducción de la inmunidad de las embarazadas las mujeres parecen fomentar el crecimiento de ambos microorganismos comensales y patógenos. Durante el embarazo, hay un fisiológico aumento del volumen plasmático y disminución del concentración de orina hasta alrededor del 70% que desarrolló glucosuria que alienta a las bacterias crecimiento en la orina. Una vez más, en su estudio, aunque todas las mujeres son propensas a la desarrollo de infecciones urinarias, las mujeres embarazadas están en mayor riesgo debido a los numerosos cambios en el cuerpo de la mujer causado por el embarazo. En apoyo de hallazgos, también salió que uno las mujeres embarazadas tienen cambios hormonales y anatómicos cambios que contribuyen a la dilatación ureteral y estasis de orina Estos cambios incluyen la brevedad de la uretra y dificultad con la higiene debido a un vientre distendido que aumenta la frecuencia de UTI en mujeres embarazadas.

Asimismo, en el primer análisis del objetivo específico, con respecto a la evaluación de la bacteriuria asintomática, podemos señalar que el 46.3% de las gestantes tiene sospecha de infección (entre 10 000 y 100 000 U.F.C/ml), el 41.5% de ellas tienen infección (> 100 000 U.F.C/ml), y el 12.2% de las gestantes están contaminadas (< 10 000 (U.F.C)/ml). Estos hallazgos concuerdan con Ahiatrogah, et al¹³, señala que la prevalencia de infección del tracto urinario en mujeres embarazadas varía del 4-7%, y hasta el 40% de las mujeres afectadas progresar a infección urinaria sintomática en el embarazo. En general, las infecciones del tracto urinario (ITU) que

ocurren en el embarazo debido a los efectos fisiológicos y alteraciones morfológicas que se producen en el aparato genitourinario tracto. Hay dos tipos de UTI; sintomático y asintomático La bacteriuria asintomática (BAS) es descrita como la existencia de proliferación de bacterias dinámicamente, que es más de 105/ml de orina en el tracto urinario, sin incluir la uretra distal, en un momento con el paciente sin síntomas de ITU. BAS, puede existir en tanto de mujeres embarazadas como no embarazadas. La ocurrencia de BAS se observó que era 2-11% en mujeres con el embarazo. El embarazo impulsa el desarrollo de ASB a bacteriuria sintomática, si no se trata conduce a desarrollar pielonefritis aguda en alrededor del 20-50% de los casos y progresar a consecuencias obstétricas desfavorables para ejemplo prematuridad, anemia, hipertensión posparto enfermedades, infecciones urinarias y mayores tasas de mortalidad del feto.

Por lo tanto en el segundo objetivo específico, señala que los hábitos de comportamiento sexual en las gestantes, el 58.5% de ellas tienen un nivel inadecuado, y el 41.5% tienen un nivel adecuado. Estos resultados se contrastan con Moradpour, S., Shahnazi, H. y Hassanzadeh, A¹⁴, sostiene que 100 mujeres embarazadas, que visitaron los centros de salud, se dividieron aleatoriamente en dos grupos, intervención y control. Se realizaron cinco sesiones de educación basadas en la teoría del comportamiento planificado para el grupo de intervención, las puntuaciones medias de conocimiento y constructos de la teoría del comportamiento planificado aumentaron significativamente en el grupo de intervención a lo largo del tiempo ($P < 0,001$). Después de la intervención educativa, la incidencia de infecciones del tracto urinario (ITU) fue del 4,3% en el grupo de intervención y del 21,3% en el grupo control.

En este estudio, el uso de métodos como la discusión grupal y el juego de roles promovieron actitudes, control conductual percibido y normas subjetivas de las mujeres embarazadas y, como resultado, se redujo la ITU en las mujeres del grupo de intervención.

Finalmente en el tercer objetivo específico, señala que en la dimensión de la bacteriuria asintomática y la dimensión conductual de los hábitos de comportamiento sexual, el -0,585 tiene una relación negativa inversa, asimismo en la dimensión

fisiológica el valor de Rho Spearman es de -0,449, con una relación negativa e inversa y en la dimensión simbólico el -0,534. Estos hallazgos coinciden con Campos T, Canchucaja L, Gutarra RB¹⁶, La bacteriuria es la presencia y el crecimiento de bacterias en el tracto urinario. Esto puede provocar una infección del tracto urinario (ITU). La ITU es un factor predisponente a los efectos adversos resultados del embarazo y presenta algunos efectos sobre la función renal, los cambios hormonales e inmunológicos en el embarazo, incluido un alto nivel de la secreción de progesterona, que podría provocar estasis y disminuir la inmunidad, son factores que contribuyen a la ITU. La bacteriuria asintomática ocurre en 2 a 7% de las mujeres embarazadas. Sin embargo, esta prevalencia puede ser de hasta el 30% en los países en desarrollo. Un estudio sobre bacteriuria en mujeres embarazadas, informó una prevalencia significativa de bacteriuria sintomática del 9,9 % y bacteriuria asintomática del 5,7 %. En otro estudio la prevalencia de bacteriuria en mujeres embarazadas fue de 23,5% y 7,8%, para casos sintomáticos y asintomáticos, respectivamente.

6. CONCLUSIONES

1. Determina que en siendo el valor de significancia que es menor al 0,05, lo que se concluye que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, lo que significa que existe relación en las variables de estudio.

2. Manifiesta que prevalecen 38 gestantes que tienen sospechas de infección y solo 34 de ellas tienen infección por sus análisis que ellas se realizan.

3. En el Centro de Salud materno Chiclayo, 48 de las gestantes tienen unos inadecuados hábitos de comportamiento sexual.

4. Se puede concluir que las dimensiones de la variable bacteriuria asintomática y las dimensiones de hábitos de comportamiento sexual en las gestantes, la dimensión características epidemiológicas y conductual son la más sobresaliente en estos resultados, con un -0,585 donde señala que existe una relación entre negativa inversa, por lo tanto existe relación entre las dimensiones de las variables

7. RECOMENDACIONES

Fortalecer, ampliar y brindar conocimientos sobre las infecciones del tracto urinario en las gestantes y las posibles complicaciones que puedan contraer en su embarazo.

Mejorar el conocimiento que tienen las gestantes sobre su sexualidad, orientándolas a que conozcan y se informen de estos hábitos de comportamiento sexual.

A las autoridades generar procesos orientados al personal de salud, deben tener capacitaciones periódicas en base a la sexualidad durante el embarazo para que puedan dar una información eficiente a la paciente.

Al profesional obstetra educar y concientizar a las gestantes, sobre su conducta sexual adecuada en toda etapa de su embarazo con el propósito de no tener estos tipos de infecciones y saber tratarse a tiempo.

BIBLIOGRFÍA

1. Kalinderi K, Delkos D, Kalinderis M, Athanasiadis A, Kalogiannidis I. Urinary tract infection during pregnancy: current concepts on a common multifaceted problem. *J Obstet Gynaecol*. 2018; 38(4):448-453. doi:10.1080/014436 15.2017.1370579
2. Gyftopoulos K, Matkaris M, Vourda A, Sakellaropoulos G. Clinical implications of the anatomical position of the urethra meatus in women with recurrent post-coital cystitis: a case-control study. *Int Urogynecol J*. 2019;30 (8):1351- 1357. doi:10.1007/s00192-018-3710-7
3. Curtiss N, Meththananda I, Duckett J. Urinary tract infection in obstetrics and gynaecology. *Obstet Gynaecol Reprod Med*. 2017;27(9):261-265. doi:10.1016/j.ogrm.2017.06.006
4. Ghafari M, Baigi V, Cheraghi Z, Doosti-Irani A. The prevalence of asymptomatic bacteriuria in Iranian pregnant women: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2016;11(6):e0158031. doi:10.1371/journal.pone.0158031

5. Schneeberger C, Geerlings SE, Middleton P, Crowther CA. Interventions for preventing recurrent urinary tract infection during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;CD009279.doi:10.1002/14651858.CD009279.pub3
6. Tadesse, T. Kahsay, G. Adhanom et al., "Prevalencia, perfil de susceptibilidad antimicrobiana y predictores de bacteriuria asintomática entre mujeres embarazadas en el Hospital General de Adigrat, norte de Etiopía", *BMC Research Notes* , vol. 11, núm. 1, pág. 740, 2018.
7. MK Mwei, B. Mchome, B. John y E. Maro, "Bacteriuria asintomática entre mujeres embarazadas que asisten a la clínica prenatal en el Centro Médico Cristiano Kilimanjaro en el norte de Tanzania", *Práctica clínica* , vol. 15, núm. 6, págs. 917–922, 2017.
8. AM Bose, PK Sreekumary y SK Pulikkottil, "Perfil microbiológico de la bacteriuria asintomática en el embarazo", *International Journal of Reproduction Gynecol* , vol. 6, núm. 4, pág. 1352, 2017.
9. Cárdenas HFM. Prevalencia de bacteriuria asintomática en embarazadas de 12 a 16 semanas de gestación. *MedUNAB* [Internet]. [citado 19 de junio de 2018]; 8(2). Disponible en: <http://revistasnew.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/588>
10. Allen VM, Yudin MH, Yudin MH, Allen VM, Bouchard C, Boucher M, et al. Management of Group B Streptococcal Bacteriuria in Pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can* [Internet]. mayo de 2012 [citado 19 de junio de 2018];34(5):482- 6. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S170121631635246X>
11. Mekuria E, Zelalem T, Fitsum W, Degu A, "Bacteriuria asintomática entre mujeres embarazadas que asisten a atención prenatal en el Hospital Universitario Especializado Hiwot Fana, Harar, Etiopía oriental: magnitud, factores asociados y patrón de susceptibilidad a los antimicrobianos", *International Journal of*

12. Tadesse, S., Kahsay, T., Adhanom, G. et al. Prevalencia, perfil de susceptibilidad antimicrobiana y predictores de bacteriuria asintomática entre mujeres embarazadas en el Hospital General de Adigrat, en el norte de Etiopía. *BMC Res Notas* 11, 740 (2018). <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3844-1>
13. Ahiatrogah, DK, Annan, JJ, Ofori, LA, Awudzi, B., Owusu-Ofori, A., Owusu, M. y Sylverken, AA. Perfil microbiológico de la bacteriuria asintomática en mujeres embarazadas en la región de Volta, Ghana. *Revista de Microbiología y Antimicrobianos*, 2021: 13(2), 27-36.
14. Moradpour, S., Shahnazi, H. y Hassanzadeh, A. Aplicación de la Teoría del Comportamiento Planificado en el Entrenamiento de Mujeres Embarazadas en Conductas de Prevención de Infecciones del Tracto Urinario: Un Ensayo Controlado Aleatorizado. *Investigación y política de equidad en salud comunitaria*, 2021. <https://doi.org/10.1177/0272684X211047064>
15. Malasquez B. Actividad sexual en gestantes con y sin infección genitourinaria. Hospital San Juan de Lurigancho de Lima, año 2018. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
16. Campos T, Canchucaya L, Gutarra RB. Factores de riesgo conductuales para bacteriuria asintomática en gestantes. *Rev. Perú. ginecol. Obstet.* [Internet]. [Citado 2022 Feb 09]; 59(4): 267-274. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322013000400006&lng=es.
17. Merino O. Incidencia de bacteriuria asintomática en gestantes atendidas en el hospital II-2 Santa Rosa -Piura año 2017. Tesis para obtener el título de médico cirujano.
18. Vergara K. Prevalencia de bacteriuria asintomática y perfil de resistencia en urocultivos de gestantes del Hospital III-ESSALUD-Iquitos, 2018. Tesis post grado.

19. Martínez E, Osorio J, Delgado J, Esparza G. Infecciones del tracto urinario bajo en adultos y embarazadas: consenso para el manejo empírico. EL SELVIER. Infectio [en línea]. 2013. [fecha de acceso 21 de abril de 2016] 17(3). 122-135. http://ac.els-cdn.com/S0123939213707197/1-s2.0-S0123939213707197-main.pdf?_tid=54579a42-f5d6-11e5-b9b9-00000aacb35f&acdnat=1459273839_b7b53f42c02f3dc41e9372fbd6377f7a
20. Grabe M (Presidente), Bjerklund-Johansen T, Botto H, Çek M, Naber k. Guía clínica sobre las infecciones urológicas [En línea]. European Association of Urology. [Fecha de acceso 21 de abril de 2016] Pg 1309 y 1312. <http://uroweb.org/wp-content/uploads/17-GUIA-CLINICA-SOBRE-LASINFECCIONES-UROLOGICAS.pdf>
21. Información terapéutica. Infección y embarazo. Sistema Nacional de Salud [en línea]. [Fecha de acceso 21 de abril de 2016] 29(2). 34-37. http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29_2InfecUrinariaEmbarazo.pdf
22. Alvarez JR, Fechner AJ, Williams SF, Ganesh VL, Apuzzio JJ. Asymptomatic bacteriuria in pregestational diabetic pregnancies and the role of group B streptococcus. Am J Perinatol. 2016;27(3):231-4.
23. Pigrau C. Infecciones del tracto urinario [En línea]. MADRID: Salvat; 2013. [Fecha de acceso 21 de abril de 2016] Pp 42-47. <https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/otrosdeinteres/seimc-dc2013-LibroInfecciondeltractoUrinario.pdf>
24. López, T Cobo, M Palacio, A Goncé. Infección vías urinarias y gestación [En línea]. BARCELONA: Servei de Medicina Maternofetal Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, 2012. [Fecha de acceso 21 de abril de 2016]. https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/infecciones%20urinarias%20y%20gestaci%F3n.pdf

25. Bogantes J, Solano G. Infecciones urinarias en el embarazo. Obstetricia. Revista Médica De Costa Rica Y Centroamérica [En línea]. [Fecha de acceso 21 de abril de 2016] 67(593). 233-236.: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/593/art3.pdf>
26. Tan JS, File TM. Treatment of Bacteriuria in Pregnancy. Drugs [Internet]. [Citado 29 de junio de 2018];44(6):972-80. <https://link.springer.com/article/10.2165/00003495-199244060-00006>
27. Blas FH. Frecuencia de bacteriuria asintomática en embarazadas y sensibilidad antimicrobiana in vitro de los uropatógenos. Ginecol Obstet México. 2017; 7.
28. Patterson TF, Andriole VT. Detection, significance, and therapy of bacteriuria in pregnancy. Update in the managed health care era. Infect Dis Clin North Am. septiembre de 2013;11(3):593-608.
29. Instituto de sexología de Barcelona. [Internet]. España 2015. [Revisado el 18 de agosto del 2018]. La sexualidad en el Embarazo y Puerperio. [8]. <http://www.aeem.es/fotos/informam/103.pdf>
30. Álvarez LR; Gutiérrez FY; Velásquez RD. Vivencias de la sexualidad durante el embarazo. [Tesis de Licenciatura]. Repositorio de la Pontificia Universidad Javeriana. Colombia. 2016
31. Pichucho MG; Suquillo YF. Actividad sexual y modificaciones de la misma en pacientes embarazadas pertenecientes demográficamente a los Centros de Salud Unión de Ciudadelas y Pío XII durante los meses de abril a julio de 2015. [tesis médico cirujano]. Repositorio de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2015
29. Ministerio de Salud. El documento técnico "Prevención, diagnóstico y tratamiento de personas afectadas por COVID-19 en el Perú". 2020. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/473587-prevenciendiagnostico-y-tratamiento-de-personas-afectadas-por-covid-19-en-el-Peru>.

30. Ministerio de Salud. Modifican el Documento Técnico: Prevención Diagnóstico y Tratamiento de personas afectadas por COVID-19 en el Perú aprobado por R.M. N°193- 2020-MINSA. 2020. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normaslegales/542922-240-2020-minsa>.
31. Llover MN, Jiménez MC. Estado actual de los tratamientos para la COVID-19. FMC Form Medica Contin en Aten Primaria. 2021;28(1):40-56. doi:10.1016/j.fmc.2020.10.005.
32. Hernández R, Fernández C y Baptista P. Metodología de la investigación, cuarta edición, Mc Graw Hill. 2014.
33. Ávila, H. Introducción a la metodología de la investigación. España. Recuperado de www.eumed.net/libros/2006c/203/. Extraído el 12.05.17 ha 6:30hs.

ANEXOS

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Bacteriuria asintomática en gestantes atendidas en un centro de salud materno en Chiclayo

Instrucciones: marca con una x la respuesta que creas conveniente y responde a los siguientes interrogantes.

I. Características Generales

Edad:

- a) 15- 20 años
- b) 21-30 años
- c) 31-40 años
- d) 41 a mas

Estado civil

- a) Unión libre

- b) Conviviente
- c) Casada
- d) Madre soltera
- e) Otros

Grado de instrucción de la gestante

- a) Ninguna
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Técnico superior

Procedencia

- a) Urbana
- b) Rural
- c) Urbana marginal

Ocupación

- a) Ama de casa
- b) Empleada
- c) Trabajo independiente
- d) Otros

II. Datos Prenatales

Gestación múltiple

- a) Si
- b) No

Edad gestacional _____

Controles prenatales

- a) Si
- b) No

Antecedentes de ITU

a) Si

b) No

¿Cuántas al año? _____

Recibió tratamiento

a) Si

b) No

¿Qué medicamentos? _____

III. Antropometría.

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ Laboratorio: _____

Sedimento urinario:

a) Patológico

b) No patológico

Urocultivo:

a) > 100 mil UFC ()

b) 100-10 mil UFC ()

c) < 10 mil UFC ()

PH de Orina: _____

Germen aislado: _____

Antibiograma:

Antibiótico Sensible Resistente nitrofurantoina amoxicilina Amox-clavulánico
cefalexina fosfomicina cotrimoxazol ceftriaxona imipenem gentamicina Ampicilina-
sulbactam

Anexo 2

Encuesta sobre los hábitos de comportamiento sexual en gestantes atendidas en un centro de salud materno en Chiclayo

Responda a las preguntas en relación al trimestre de su gestión actual, considere que el período antes de la gestación equivale a tres meses antes de que usted quedara embarazada.

1. Edad: años.

2. ¿Cuál es su grado de instrucción?

() Primaria completa.

() Primaria incompleta.

() Secundaria completa.

() Secundaria incompleta.

() Superior universitario completo.

() Superior universitario incompleto.

() Superior técnico completo

() Superior técnico incompleto.

() Pos grado.

3. ¿Cuál es su estado civil?

() Soltera.

() Separada

() Unión libre

() Casada

4. ¿Quisiste quedar embarazada

() Quería embarazarme

() Quería, pero no ahora

() Estaba lista para
quedar embarazada

COMPORTAMIENTO SEXUAL

5. ¿Cuánto tiempo de relación, en años o meses, usted tiene con su pareja actual?

6. ¿Cuántos compañeros sexuales usted ha tenido anteriormente, incluyendo el actual?

7. ¿Usted ha conversado con su ginecólogo obstetra u otro profesional de la salud sobre la Sexualidad?

	"Antes Gestación"	el 1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0. No				
1. Si superficialmente				
2. Si, en detalles				

8. ¿A los cuantos años tuvo su primera relación sexual? __años.

9. Comúnmente, ¿Quién toma o tomaba la iniciativa para tener relaciones sexuales?

	"Antes Gestación"	el 1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0. Yo misma				
1. Mi esposo/compañero				
2. Los dos				

10. ¿Cuántas veces has tenido relaciones sexuales?

	"Antes Gestación"	el 1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0.Nunca				
1. Una vez por mes				
2. Una vez cada 15 días				
3. Una vez a la semana				
4. Dos veces por semana				
5.Tres veces por semana				
6.Cuatro veces por semana				
7.Cinco veces por semana				
8. Todos los días				
9.Más de una vez al día				

11. ¿Cuál es la (s) práctica (s) sexual (s) que usted REALIZA? Marque X para la respuesta correcta.

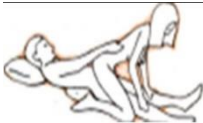
	"Antes Gestación"	el 1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Masturbación(au to-masturbación)				

Ser masturbada por el compañero				
Masturbación de mi pareja				
Masturbación mutua				
Recibir sexo oral				
Hacer sexo oral a la pareja				
Sexo oral mutuo				
Sexo vaginal				
Sexo anal (ano)				
Estimula con el vibrador				
Otras				

12. Antes de la relación sexual ¿usted realiza actividades sexuales preliminares (besos, abrazos, masajes, caricias, otros?)

	"Antes Gestación"	el 1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0. Nunca				
1. Raramente				
2. £ s veces				
3. La mayoría de las veces				
4. Siempre				

13. ¿Qué poses utilizas durante la relación sexual? Marque con X la respuesta correcta.

	"Antes Gestación"	el 1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
				
				
				
				
				
				
				
				
				

14. ¿Has tenido sexo con un extraño o con una persona poco conocida?

0. () Nunca	1. () Rara vez	2. () A veces	3. () La mayoría de veces	4. () Siempre
--------------	-----------------	----------------	----------------------------	----------------

RESPUESTA SEXUAL

Ahora, responda asignando un valor de la escala: donde 0 es igual a nada y 10 es igual a mucho.

15. ¿Cómo evalúa su deseo sexual?

"Antes Gestación"	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1er trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2 do trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3er trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

16. ¿Con qué frecuencia, usted tenía deseo sexual?

	"Antes Gestación"	el 1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0. Nunca				
1. Raramente				
2. A veces				
3. La mayoría de las veces				
4. Siempre				

17. ¿Cómo evalúa usted su excitación sexual?

"Antes Gestación"	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1er trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2 do trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3er trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

18. ¿Con qué frecuencia, usted se sentía excitada sexualmente?

	"Antes Gestación"	el 1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0. Nunca				
1. Raramente				
2. A veces				
3. La mayoría de las veces				
4. Siempre				

19. ¿Cómo es su lubricación vaginal (se siente mojado)

"Antes Gestación"	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1er trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2 do trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3er trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

20. ¿Con qué frecuencia, usted tiene lubricada la vaginal (se siente mojada)?

	"Antes Gestación"	el 1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0. Nunca				
1. Raramente				
2. A veces				

3. La mayoría de las veces				
4. Siempre				

21. ¿Cómo usted evalúa su satisfacción sexual?

"Antes Gestación"	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1er trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2 do trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3er trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

22. Durante sus relaciones sexuales ¿Ud., siente orgasmos?

() No

() Si

() Nunca

23. ¿Cuántos años tenía cuando tuvo su primer orgasmo? ____años

24. ¿Con qué frecuencia, usted tenía orgasmo durante la actividad sexual con su pareja?

	"Antes Gestación"	el 1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0. Nunca				
1. Raramente				
2. A veces				
3. La mayoría de las veces				
4. Siempre				

25. ¿Cuál es la intensidad de su orgasmo?

"Antes Gestación"	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1er trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2 do trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3er trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

26. ¿Usted suele sentir dolor o incomodidad durante la relación sexual?

	"Antes Gestación"	el 1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0. Nunca				
1. Raramente				
2. A veces				
3. La mayoría de las veces				
4. Siempre				

ASPECTOS SIMBOLICOS (percepción)

27. En los diferentes periodos, como era su gusto en relación a la actividad sexual

	"Antes Gestación"	el 1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Nunca tuve actividad sexual en ese periodo.				
1. No me gusto				
2. Me gusto poco.				
3. No me gusto				

ni me disgusto.				
4. Me gusto poco.				
5. Me gustó.				
6. Me gustó mucho.				

28. Si dependiera de su DISPOSICIÓN, ¿cuántas veces tendría relaciones sexuales?

	"Antes Gestación"	el 1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0.Nunca				
1. Una vez por mes				
2. Una vez cada 15 días				
3. Una vez a la semana				
4.Dos veces por semana				
5.Tres veces por semana				
6.Quatro veces por semana				
7.Cinco veces por semana				
8. Todos los días				
9.Más de una vez al día				

29. Si dependiera de la DISPOSICIÓN de su pareja, ¿cuántas veces tendrían relaciones sexuales?

	"Antes Gestación"	el 1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0. No lo sé				
1. Nunca				
2. Una vez por mes				
3. Una vez cada 15 días				
4. Una vez por semana				
5. Dos veces por semana				
6. Tres veces por semana				
7. Cuatro veces por semana				
8. Cinco veces por semana				
9. Todos los días				
10. Más de una vez al día				

30. ¿Cuál es la práctica sexual que le PROPORCIONA placer?

	"Antes Gestación"	el 1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Masturbación "				
Ser				

masturbada por el compañero				
Ver la masturbación de mi pareja				
Masturbación mutua				
Recibir sexo oral				
Practicar sexo oral con la pareja				
Sexo oral mutuo				
Sexo por la vagina				
Sexo anal				
Estimulación con vibrador				
Otras				

31. ¿Cómo usted considera su vida sexual?

	"Antes Gestación"	el 1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0. Muy mala				
1.Mala				
2.Regular				
3.Buena				
4. Excelente				

32. ¿Qué tanto importa el sexo en su vida?

"Antes Gestación"	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1er trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2 do trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3er trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Anexo 3: Carta de autorización de la institución

"Año Del Bicentenario Del Perú: 200 Años De
Independencia"

Chiclayo 14 de abril de 2021.

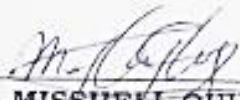
DIRECTOR: HUMBERTO ORDINOLA TAPIA
Jefe Del Centro De Salud Túpac Amaru

YO, **MISSHELL QUIROZ VEGA**, identificada con DNI N°
45774342 y con domicilio en Calle Vicente Ruso 450 Pueblo
Joven José Olaya – Chiclayo, ante Ud., me presento y digo:

Me es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente,
y la vez solicitarle tenga a bien brindarme las facilidades para la
realización de mi proyecto de tesis y el permiso para la revisión
de historias clínicas del centro de salud Túpac Amaru. En los
días lunes, martes y viernes horario de 3:00 pm a 6:00 pm.

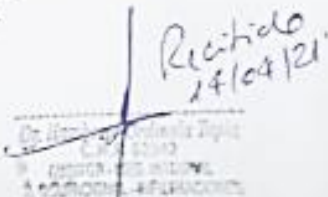
POR LO EXPUESTO:

Ruego a Ud. Señor Director, pido atender mi petición por
ser de justicia.


MISSHELL QUIROZ VEGA
DNI N° 45774342



Renovado 16/07/21



Missell H. Quiroz Vega

R.D/.

Decreto c/
Permiso c
HCl. (Mortuaria
Permiso)

The stamp is rectangular with a blue border. It contains the text "Dr. Humberto Ordinola Top" in a bold, sans-serif font. Below this, in a smaller font, is "C.M.P. 42343" and "MEDICO 1988". There is a small logo on the left side of the stamp.
Dr. Humberto Ordinola Top
C.M.P. 42343
MEDICO 1988

16/07/21'

FICHA TÉCNICA HÁBITOS DE COMPORTAMIENTO SEXUAL EN GESTANTES

1. Autora : Misshell Milagros Quiroz Vega
2. Administración : Individual
3. Duración : 20 minutos
4. Sujetos de Aplicación : Gestantes atendidas en el centro de salud materno
Túpac Amaru Nivel I – 3 Chiclayo

5. Consigna

El presente instrumento forma parte del trabajo de investigación, consta de 31 preguntas; conteste lo más honestamente posible todos y cada de los ítems o preguntas marcando el valor que crea conveniente.

6. Consistencia Interna

Para determinar la confiabilidad del instrumento se aplicó la consistencia interna dada por el método del alfa de Cronbach, el mismo que se define como:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right]$$

Donde:

α = Alfa de Cronbach

K = Número de Ítems

V_i = Varianza de cada Ítem

V_t = Varianza total

Luego el instrumento tiene una consistencia interna de:

Alfa de Cronbach	N de elementos
,863	31

Estos resultados indican que el instrumento es altamente confiable

FICHA TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE GESTANTES

1. Autora : Misshell Milagros Quiroz Vega
2. Administración : Individual
3. Duración : 20 minutos
4. Sujetos de Aplicación : Gestantes atendidas en el centro de salud materno
Túpac Amaru Nivel I – 3 Chiclayo

5. Consigna

El presente instrumento forma parte del trabajo de investigación, consta de 14 preguntas; conteste lo más honestamente posible todos y cada de los ítems o preguntas marcando el valor que crea conveniente.

6. Consistencia Interna

Para determinar la confiabilidad del instrumento se aplicó la consistencia interna dada por el método del alfa de Cronbach, el mismo que se define como:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right]$$

Donde:

α = Alfa de Cronbach

K = Número de Ítems

V_i = Varianza de cada Ítem

V_t = Varianza total

Luego el instrumento tiene una consistencia interna de:

Alfa de Cronbach	N de elementos
,901	14

Estos resultados indican que el instrumento es altamente confiable