

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
FACULTAD DE OBSTETRICIA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**“INFECCIÓN GENITOURINARIA COMO FACTOR DE
RIESGO PREDOMINANTE A LA AMENAZA DE PARTO
PRETERMINO EN PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA- UCAYALI.
JULIO- DICIEMBRE. 2018”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
OBSTETRA**

TESISTAS

Bach. Thalia Liz, ALVARADO ESPINOZA

Bach. Katherine Yesabel, LUICHO RAMOS

ASESORA

Dra. Jessye Mirtha, RAMOS GARCIA

HUÁNUCO - PERÚ
2019

DEDICATORIA

A Dios por habernos dado la vida, por ser nuestro inspirado, guiarnos y darnos la fuerza necesaria para llegar hasta este momento tan importante de nuestra formación profesional.

A nuestros queridos padres, por su apoyo incondicional, amor, trabajo y sacrificio, porque han sido, son, y serán nuestro mejor ejemplo de vida y fortaleza.

A nuestros hermanos, por sus sabios consejos, valores y ser ejemplo de perseverancia, motivándonos constantemente en los momentos más difíciles a lo largo de nuestra carrera profesional.

A mi querida abuela Felicitas, mi segunda madre, por siempre haberme acompañado, cuidado y ser el pilar fundamental en toda mi vida.

AGRADECIMIENTO

A nuestros familiares por su paciencia, confianza, comprensión y por su apoyo incondicional en todo momento, por sus palabras de aliento, por sus consejos, por estar tanto en los buenos como en los malos momentos y ser los promotores de nuestros sueños.

A nuestros docentes de la Universidad Nacional “Hermilio Valdizan” de la Escuela Académica Profesional de Obstetricia, por su dedicación y haber aportado en nuestra formación académica en estos cinco años, brindándonos sus conocimientos teóricos y prácticos para un mejor desenvolvimiento personal y profesional.

Al Hospital Regional De Pucallpa, y a todos aquellos profesionales que lo conforman, que generosamente nos acogieron, apoyaron e instruyeron y nunca escatimaron esfuerzos y tiempo para corregir y mejorar nuestro desenvolvimiento académico, en especial a cada obstetra por su dedicación, confianza, conocimiento, consejo y por todas las facilidades para poder realizar las practicas pre profesionales satisfactoriamente.

A nuestra asesora Dra. Jessye Mirtha Ramos García, por su apoyo y paciencia, quien con gran entereza nos brindó todas las facilidades para poder culminar nuestra tesis guiándonos paso a paso en todo este proceso y brindándonos sus conocimientos propios de su experiencia profesional.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO	iii
INDICE.....	v
RESUMEN.....	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN.....	xii

CAPITULO I

1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema	16
1.2 Formulación del problema	19
1.3. Objetivo del estudio.....	21
1.4. Justificación	22
1.5. Limitaciones.....	24

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio	26
2.2.Bases Teóricas	41
2.3 Definición de términos básicos.....	95
2.4 Hipótesis.....	99
2.5 Variables	99

CAPITULO III

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1	Ámbito de estudio	101
3.2	Tipo de investigación	101
3.3	Diseño y esquema de investigación	101
3.4	Población y muestra	102
3.5.	Unidad de análisis	104
3.6.	Técnicas e instrumentos de procesamiento de datos	104
3.7.	Técnicas Estadísticas	104
3.8.	Aspecto Ético.	106

CAPITULO IV

4.RESULTADOS

4.1	Relato y descripción de la realidad observada	107
4.2	Comprobación de hipótesis.....	115
	DISCUSIÓN.....	119
	CONCLUSIONES.....	123
	SUGERENCIAS.....	124
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	126
	ANEXOS	131

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 01. Grupo etéreo de las primigestas atendidas en el servicio de emergencias Gineco-Obstétricas del Hospital Regional de Pucallpa- Ucayali. julio a diciembre del 2018	108
Tabla N° 02. Grado de instrucción de las primigestas atendidas en el servicio de emergencias Gineco-Obstétricas del Hospital Regional de Pucallpa- Ucayali. julio a diciembre del 2018.	109
Tabla N° 03. Lugar de procedencia de las primigestas atendidas en el servicio de emergencias Gineco-Obstétricas del Hospital Regional de Pucallpa- Ucayali. julio a diciembre del 2018.	110
Tabla N° 04. Control prenatal de las primigestas atendidas en el servicio de emergencias Gineco-Obstétricas del Hospital Regional de Pucallpa- Ucayali. julio a diciembre del 2018.	111
Tabla N° 05. Edad gestacional de las primigestas atendidas en el servicio de emergencias Gineco-Obstétricas del Hospital Regional de Pucallpa- Ucayali. julio a diciembre del 2018.	112
Tabla N° 06. Infección genital de las primigestas atendidas en el servicio de emergencias Gineco-Obstétricas del Hospital Regional de Pucallpa- Ucayali. julio a diciembre del 2018.	113
Tabla N° 07. Infección urinaria de las primigestas atendidas en el servicio de emergencias Gineco-Obstétricas del Hospital Regional de Pucallpa- Ucayali. julio a diciembre del 2018.	114
Tabla N° 08. Diagnóstico de amenaza de parto pretérmino de las primigestas atendidas en el servicio de emergencias Gineco-Obstétricas del Hospital Regional de Pucallpa- Ucayali. julio a diciembre del 2018.	115

Tabla N° 09. Tabla de contingencia para observar la influencia de la infección genital para la amenaza de parto pretérmino en las primigestas atendidas en el servicio de emergencias Gineco-Obstétricas del Hospital Regional de Pucallpa- Ucayali. julio a diciembre del 2018. **116**

Tabla N° 10. Tabla de contingencia para observar la influencia de la infección urinaria para la amenaza de parto pre término en las primigestas atendidas en el servicio de emergencias Gineco-Obstétricas del Hospital Regional de Pucallpa- Ucayali, julio a diciembre del 2018.. **118**

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 01. Grupo etéreo	108
Figura N° 02. Grado de instrucción	109
Figura N° 03. Lugar de procedencia	110
Figura N° 04. Control prenatal	111
Figura N° 05. Edad gestacional	112
Figura N° 06. Infección genital	113
Figura N° 07. Infección urinaria	114
Figura N° 08. Amenaza de parto pre término	115I

ACRÓNIMOS

RPM:	Ruptura prematura de membranas
ITU:	Infección del Tracto Urinario
OR:	Odds Ratio
IMC:	Índice de Masa Corporal
OMS:	Organización Mundial de Salud
CRH:	Corticotropin releasing Hormone
Hb:	Hemoglobina
Hto:	Hematocrito
FUR:	Fecha de Ultima Menstruación
RCIU:	Restricción de Crecimiento Intra Uterino
RN:	Recién Nacido
Ho:	Hipótesis Nula
Ha:	Hipótesis alterna

RESUMEN

INFECCIÓN GENITOURINARIA COMO FACTOR DE RIESGO PREDOMINANTE A LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA-UCAYALI. JULIO- DICIEMBRE. 2018.

La presente investigación tuvo como objetivo conocer la asociación que existe entre las infecciones genitourinarias como un factor de riesgo predominante a la amenaza de parto pre término en primigestas atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa – Ucayali. Julio– Diciembre. 2018. El estudio fue de tipo descriptivo observacional, analítico, retrospectivo, transversal y corresponde a un diseño no experimental, analítico relacional, utilizando una muestra constituida por 92 gestantes del servicio de Emergencias Obstétricas del Hospital Regional de Pucallpa. La Técnica de recolección de datos utilizada fue el análisis documental, con el instrumento una ficha de recolección de datos de las historias clínicas seleccionadas. En los resultados obtenidos fueron se encontró a 33 (35,9%) pacientes con amenaza de parto pretérmino y 59 (64,1%) pacientes con resultado negativo para este diagnóstico; siendo la edad con mayor frecuencia de diagnóstico de ambos resultados 18 a 29 años, 59,8% con educación secundaria, 46,7% procedentes de la zona urbano marginal, la edad gestacional de mayor frecuencia fue de 34 a 37 semanas, 15,2% presentó vaginosis bacteriana, 62% presentó infección urinaria baja; obteniéndose un valor de Chi cuadrado= 7,164 y $p < 0,001$ que indica asociación entre infección urinaria y amenaza de parto pretérmino; un valor de Chi cuadrado= 5,650 y $p < 0,002$ que indica asociación entre infección genital y amenaza de parto pretérmino. En conclusión, las infecciones genitourinarias son factores de riesgo asociados a la amenaza de parto pretérmino, siendo la infección urinaria la más predominante en primigestas atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa - Ucayali. Julio – diciembre, 2018.

Palabras claves: *factor de riesgo, infección genitourinaria, amenaza de parto pretérmino, primigestas.*

ABSTRACT

GENITOURINARY INFECTION AS A PREDOMINANT RISK FACTOR TO THE THREAT OF PRETERM PREGNANCY IN PRIMITIVES ATTENDED AT THE HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA-UCAYALI. JULIO-DICIEMBRE. 2018.

The objective of the present investigation was to determine the association between genitourinary infections as a predominant risk factor for the threat of preterm delivery in primitives treated at the Regional Hospital of Pucallpa - Ucayali. July December. 2018. The study was descriptive, observational, analytical, retrospective, transversal and corresponds to a non-experimental, relational analytical design, using a sample constituted by 92 pregnant women from the Obstetric Emergency Service of the Regional Hospital of Pucallpa. The data collection technique used was the documentary analysis, with the instrument a data collection card of the selected clinical histories. The results obtained were 33 (35.9%) patients with threatened preterm delivery and 59 (64.1%) patients with a negative result for this diagnosis; being the age with greater frequency of diagnosis of both results 18 to 29 years, 59.8% with secondary education, 46.7% from the urban marginal zone, the gestational age of greater frequency was of 34 to 37 weeks, 15, 2% presented bacterial vaginosis, 62% had low urinary tract infection; obtaining a Chi square value = 7.164 and $p < 0.001$ indicating an association between urinary infection and preterm labor threat; a Chi square value = 5.650 and $p < 0.002$ indicating an association between genital infection and preterm labor threat. In conclusion, genitourinary infections are risk factors associated with the threat of preterm delivery, with urinary infection being the most predominant in primiparous women treated at the Regional Hospital of Pucallpa - Ucayali. July - December, 2018.

Key words: risk factor, genitourinary infection, threat of preterm delivery, primigestas.

INTRODUCCIÓN

Se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros (antes de que se cumplan las 37 semanas de gestación). Esa cifra está aumentando. Las complicaciones relacionadas con la prematuridad, principal causa de defunción en los niños menores de cinco años, provocaron en 2015 cerca de un millón de muertes.

A nivel mundial, la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años.

En los 184 países estudiados, la tasa de nacimientos prematuros oscila entre el 5% y el 18% de los recién nacidos. Si bien más del 60% de los nacimientos prematuros se producen en África y Asia meridional, se trata de un verdadero problema mundial. (1)

Estos altos porcentajes se deben a que a nivel mundial se registraron 12,9 millones de partos prematuros, lo que representa el 9,6% de todos los nacimientos a nivel mundial. Aproximadamente 11 millones (85%) de ellos se concentraron en África y Asia, mientras que en Europa y América del Norte (excluido México) se registraron 0,5 millones en cada caso, y en América Latina y el Caribe, 0,9 millones. Las tasas más elevadas de prematuridad se dieron en África y América del Norte (11,9% y 10,6% de todos los nacimientos, respectivamente), y las más bajas en Europa (6,2%). El parto prematuro es un problema de salud perinatal importante en todo el mundo. Los países en desarrollo, especialmente de África y Asia

meridional, son los que sufren la carga más alta en términos absolutos, pero en América del Norte también se observa una tasa elevada. Es necesario comprender mejor las causas de la prematuridad y obtener estimaciones más precisas de la incidencia de ese problema en cada país si se desea mejorar el acceso a una atención obstétrica y neonatal eficaz. (2)

En el Perú durante el año 2015, nueve de cada 10 mujeres concluyeron su embarazo con una edad gestacional de 37 semana a más, el 6% de los nacidos vivos lo hicieron entre las semanas 32 a 36 y el 1% entre las semanas 27 a 31. El mayor porcentaje de nacidos vivos entre las semanas 32- 36 se encuentran en la región Loreto (7,2%) y las regiones de Piura, La Libertad, Tumbes, Lambayeque, Cajamarca, Callao, San Martín, Ucayali y Apurímac, presentan porcentajes alrededor del 6%. Durante el 2015, del total de nacidos vivos, el 93,5% nacieron a término (37 a 42 semanas), el 6,5% nació pretérmino (< 37 semanas) y el 0,01% nació Pos término (>42 semanas).

En la región Ucayali según datos estadísticos de recién nacidos vivos pretérminos en el 2015, se encontró un total de 2929 recién nacidos vivos pretérminos, categorizándose en pretérminos extremos 23 (0.24%), muy pretérminos 43 (0.46%) y 561 prematuro tardío siendo 6.03 %. (3)

Por efecto, la razón por la cual se desarrolla la presente investigación es porque las infecciones genitourinarias han pasado de ser consideradas una

complicación leve del embarazo a uno de los problemas de salud pública más importante debido a la gran incidencia de partos prematuros asociados a infecciones genitourinarias que se están dando en los últimos años en nuestra localidad y con mayor frecuencia en el Hospital Regional de Pucallpa, por ello se pretende conocer el factor de riesgo predominante a la amenaza de parto pretermino.

En la presente investigación surge la formulación de las siguientes interrogantes generales y específicas respectivamente: ¿Cuál es la asociación que existe entre las infecciones genitourinarias como un factor de riesgo predominante a la amenaza de parto pretérmino en primigestas atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa- Ucayali. Julio– Diciembre. 2018? ¿Cuáles son las infecciones urinarias como factor de riesgo predominante a la amenaza de parto pretérmino en primigestas? ¿Cuáles son las infecciones genitales como factor de riesgo predominante a la amenaza de parto pretérmino en primigestas? ¿Cuáles son las características obstétricas en la amenaza de parto pretérmino en gestantes primigestas?.¿Cuáles son las características sociodemográficas en la amenaza de parto pretérmino en gestantes primigestas?. Se planifico una investigación de tipo Descriptivo Observacional y con el objetivo de Conocer la asociación que existe entre las infecciones genitourinarias como un factor de riesgo predominante a la amenaza de parto pretérmino en primigestas atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa- Ucayali. Julio- Diciembre. 2018; se precisaron las

siguientes variables de estudio: Infección genitourinaria y la Amenaza de parto pretérmino con el propósito de alcanzar los objetivos.

Este estudio se ha organizado en tres capítulos: capítulo I se aborda la fundamentación del problema, el marco teórico con los antecedentes, las bases teóricas, definición de términos, hipótesis, variables, operacionalización de variables y objetivos.

El capítulo II describe el ámbito de estudio, tipo de investigación, diseño y esquema de investigación, población y muestra, unidad de análisis, técnicas e instrumentos de procesamiento de recopilación de datos, plan de tabulación y análisis de datos.

En el capítulo III presenta los resultados y discusión finalmente las sugerencias.

CAPITULO I

1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros (antes de que se cumplan las 37 semanas de gestación). Esa cifra está aumentando. Las complicaciones relacionadas con la prematuridad, principal causa de defunción en los niños menores de cinco años, provocaron en 2015 cerca de un millón de muertes.

A nivel mundial, la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años.

En los 184 países estudiados, la tasa de nacimientos prematuros oscila entre el 5% y el 18% de los recién nacidos. Si bien más del 60% de los nacimientos prematuros se producen en África y Asia meridional, se trata de un verdadero problema mundial. Estos altos porcentajes se deben a que a nivel mundial se registraron 12,9 millones de partos prematuros, lo que representa el 9,6% de todos los nacimientos a nivel mundial. Aproximadamente 11 millones (85%) de ellos se concentraron en África y Asia, mientras que en Europa y América del Norte (excluido México) se registraron 0,5 millones en cada caso, y en América Latina y el Caribe, 0,9 millones. Las tasas más elevadas de prematuridad se dieron en África y América del Norte (11,9% y 10,6% de todos los nacimientos, respectivamente), y las más bajas en Europa (6,2%). El parto prematuro es

un problema de salud perinatal importante en todo el mundo. Los países en desarrollo, especialmente de África y Asia meridional, son los que sufren la carga más alta en términos absolutos, pero en América del Norte también se observa una tasa elevada. Es necesario comprender mejor las causas de la prematuridad y obtener estimaciones más precisas de la incidencia de ese problema en cada país si se desea mejorar el acceso a una atención obstétrica y neonatal eficaz. (2)

A nivel mundial se registraron 12,9 millones de partos prematuros, lo que representa el 9,6% de todos los nacimientos a nivel mundial. Aproximadamente 11 millones (85%) de ellos se concentraron en África y Asia, mientras que en Europa y América del Norte (excluido México) se registraron 0,5 millones en cada caso, y en América Latina y el Caribe, 0,9 millones. Las tasas más elevadas de prematuridad se dieron en África y América del Norte (11,9% y 10,6% de todos los nacimientos, respectivamente), y las más bajas en Europa (6,2%). El parto prematuro es un problema de salud perinatal importante en todo el mundo. Los países en desarrollo, especialmente de África y Asia meridional, son los que sufren la carga más alta en términos absolutos, pero en América del Norte también se observa una tasa elevada. Es necesario comprender mejor las causas de la prematuridad y obtener estimaciones más precisas de la incidencia de ese problema en cada país si se desea mejorar el acceso a una atención obstétrica y neonatal eficaz. (2)

En el Perú durante el año 2015, nueve de cada 10 mujeres concluyeron su embarazo con una edad gestacional de 37 semana a más, el 6% de los nacidos vivos lo hicieron entre las semanas 32 a 36 y el 1% entre las semanas 27 a 31. El mayor porcentaje de nacidos vivos entre las semanas 32- 36 se encuentran en la región Loreto (7,2%) y las regiones de Piura, La Libertad, Tumbes, Lambayeque, Cajamarca, Callao, San Martín, Ucayali y Apurímac, presentan porcentajes alrededor del 6%. Durante el 2015, del total de nacidos vivos, el 93,5% nacieron a término (37 a 42 semanas), el 6,5% nació pretérmino (< 37 semanas) y el 0,01% nació Pos término (>42 semanas).

Por otro lado, las regiones de Ayacucho (12,7%), Junín (12,2%), Tacna (12,2%), Ancash (11,9%), Piura (10,6%) y Arequipa (10,3%) presentan los más altos porcentajes de nacidos muy prematuros, mientras que Amazonas (6%) presenta el más alto porcentaje de nacimientos de prematuros extremos. (4)

En la región Ucayali según datos estadísticos de recién nacidos vivos pretérminos en el 2015, se encontró un total de 2929 recién nacidos vivos pretérminos, categorizándose en pretérminos extremos 23 (0.24%), muy pretérminos 43 (0.46%) y 561 prematuro tardío siendo 6.03 %. (3)

En el Hospital regional de Pucallpa , se observó que las gestantes ingresan al servicio de emergencia con diagnostico de amenaza de parto pretermino asociado a infección urinaria , RPM, vaginosis bacteriana y otros

diagnóstico, siendo referidas de distintos puestos y centros de salud de la jurisdicción; ante la situación y con la finalidad de prevenir complicaciones maternos perinatales, se decide estudiar uno de los factores de riesgo con mayor frecuencia asociado a dicha patología; (infección genitourinaria), de esta forma realizar un mejor control prenatal; precoz, periódico, continuo y eficaz, captando gestantes en el primer trimestre e identificando riesgos con el fin de prevenir complicaciones de manera oportuna que conllevan a una amenaza de parto pretermino. A su vez promover estilos de vida saludables, higiene y practica de prevención de infecciones, mejorando de esta forma los indicadores de salud.

1.2 Formulación del problema

El problema antes mencionado nos ha llevado a formular la siguiente pregunta:

Problema General

- ¿Cuál es la asociación que existe entre las infecciones genitourinarias como un factor de riesgo predominante a la amenaza de parto pretérmino en primigestas atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa- Ucayali. Julio- Diciembre. 2018.?

Problema específicos

- ¿Cuáles son las infecciones urinarias como factor de riesgo predominante a la amenaza de parto pretérmino en primigestas atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa- Ucayali durante el periodo de Julio- Diciembre.2018.?
- ¿Cuáles son las infecciones genitales como factor de riesgo predominante a la amenaza de parto pretérmino en primigestas atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa- Ucayali, durante el periodo de Julio a diciembre del año 2018?
- ¿Cuáles son las características obstétricas en la amenaza de parto pretérmino en gestantes primigestas del Hospital Regional de Pucallpa- Ucayali durante el periodo de Julio- diciembre.2018?.
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas en la amenaza de parto pretérmino en gestantes primigestas del Hospital Regional de Pucallpa- Ucayali durante el periodo de Julio- Diciembre.2018.?

1.3. Objetivo del estudio

Objetivo general

- Conocer la asociación que existe entre las infecciones genitourinarias como un factor de riesgo predominante a la amenaza de parto pretérmino en primigestas atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa – Ucayali. Julio– Diciembre. 2018.

Objetivo específico

- Identificar las infecciones urinarias como factor de riesgo predominante a la amenaza de parto pretérmino en primigestas atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa- Ucayali durante durante el periodo de Julio- Diciembre.2018.
- Identificar las infecciones genitales como factor de riesgo predominante a la amenaza de parto pretérmino en primigestas atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa- Ucayali durante el periodo de Julio- Diciembre.2018.
- Identificar las características obstétricas en la amenaza de parto pretérmino en gestantes primigestas del Hospital Regional de Pucallpa- Ucayali durante el periodo de Julio- diciembre. 2018.

- Identificar las características sociodemográficas en la amenaza de parto pretérmino en gestantes primigestas del Hospital Regional de Pucallpa- Ucayali durante el periodo de Julio- Diciembre.2018.

1.4. Justificación

Las razones por las cuales se desarrolla la presente investigación es porque las infecciones genitourinarias han pasado de ser consideradas como una complicación leve del embarazo a uno de los problemas de salud pública más importante debido a la gran incidencia de partos prematuros asociados a infecciones genitourinarias que se están dando en los últimos años en nuestra localidad y con mayor frecuencia en el Hospital Regional de Pucallpa, por ello se pretende conocer la infección genitourinaria como factor de riesgo predominante en la amenaza de en los partos pretermino.

El presente estudio de investigación se justifica por las siguientes razones:

Relevancia Teórica

El resultado de la presente investigación tiene relevancia teórica, porque permitirá identificar el factor más predominante que interviene en la presencia del parto pretérmino, pues identificando el factor se podrá prevenir las injurias del parto pretérmino. A su vez servirá como

antecedente para futuras investigaciones, permitiendo fortalecer y formular nuevos postulados teóricos que permitan analizar la problemática en estudio.

Relevancia social

Asimismo los resultados de la presente investigación tiene relevancia social pues benefician directamente a la población de gestantes , ya que permite que nosotros conozcamos la realidad en que viven , también la dificultad en el acceso a los servicios de salud derivadas de su situación socio – económica, por lo que a partir de estos resultados confirmaremos una vez más que la educación para la salud en la madre es muy importante para así mejorar los estilos de vida y así disminuir la incidencia de amenazas de parto pretérmino que conlleva a muchas complicaciones tanto para la madre como para el producto. Haciendo énfasis sobre todo en la importancia de los controles prenatales.

Relevancia Práctica

De otro lado el presente estudio tiene una relevancia práctica, lo que permitirá al profesional de salud ver con claridad el problema de infecciones genitourinarias y ser usado como base para proponer estrategias de promoción, prevención, cuidado y tratamiento de las infecciones genitourinarias en la reducción de amenazas de partos

pretérminos, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de la mujer y del recién nacido.

Relevancia Metodológica

El estudio de investigación se justifica metodológicamente por el uso de un instrumento confiable y validado por jueces expertos en el tema, que permitieron identificar adecuadamente a las infecciones genitourinarias como factor de riesgo predominante en la amenaza de partos pretérminos, así mismo el estudio constituye un antecedente relevante para futuros estudios de mayor alcance relacionados a la problemática estudiada.

Relevancia científica

El presente trabajo de investigación estuvo enfocado en el aporte de un conocimiento basado en la metodología científica respecto a la infección genitourinaria. Por lo tanto, la tesis actual lleva a cabo investigaciones adicionales en un entorno controlado para, así, contribuir al conocimiento científico existente.

1.5. Limitaciones de la Investigación

Limitación en el tiempo: No hay limitaciones

Limitación en recursos: no hay limitaciones

Limitación en información: la búsqueda y la obtención de información

de las historias clínica obstétricas y en los subregistros se encontró omisión de algunos datos correspondientes a las pacientes lo cual nos llevó a recurrir al SIP 2000.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

Internacionales

Balladares T. y Chacón J. (Cuenca, Ecuador – 2016), realizó un estudio titulado “Prevalencia y Factores de Riesgo del Parto Pretérmino en Pacientes atendidas en el Departamento de Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso”, que tuvo como objetivo determinar la prevalencia y factores de riesgo del parto pretérmino en pacientes atendidas en el área de ginecología y obstetricia del Hospital “Vicente Corral Moscoso” durante el periodo comprendido entre 2010 y 2014; fue un estudio de tipo transversal, retrospectivo; el universo estudiado fue de 301 casos de parto pretérmino, durante el período comprendido entre el 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2014 ; los datos fueron recolectados en un formulario, su posterior análisis se realizó con Excel 2010 y SPSS, siendo los resultados encontrados fueron 301 casos, el 38,5 % de casos las pacientes entre los 21 a 28 años. Los partos prematuros moderados a tardíos fueron 67.4 %. En cuanto a los factores de riesgo estudiados, el 39,5 % presentaron infección del tracto urinario y un 12,6 % presentaron vaginosis bacteriana durante su gestación. (5)

Recalde, M. (Ambato, Ecuador – 2014), realizó un estudio titulado “Factores Maternos que Inciden en la Amenaza De Parto Pretérmino en pacientes Adolescentes que Ingresan al Centro De Maternidad del Servicio de Ginecología Obstetricia del Hospital Provincial General Latacunga”; tuvo como objetivo conocer los factores maternos que inciden en la amenaza de parto pretérmino en pacientes adolescentes que ingresan al centro de maternidad del servicio de ginecología-obstetricia del Hospital Provincial General Latacunga en el periodo Noviembre 2012 - Abril 2013; el tipo de estudio fue descriptivo retrospectivo; con una población integrada por 1943 pacientes, se excluyeron los registros mayores de 20 hasta los 35 años, quedando de esta manera un total de 130 pacientes con el diagnóstico por amenaza de parto pretérmino entre edades de 10 a 19 años ; concluyendo que las pacientes que presentan un inicio de la vida sexual activa a temprana edad (17 años), una talla materna menor a 150cm, un peso preconcepcional menor 45kg, ruptura prematura de membranas, una edad materna entre los 14 a 15 años y un número de controles prenatales de 3 a 4, tienen una alta relación de dependencia con la amenaza de parto pretérmino, que aquellas pacientes que presentan el resto de factores investigados. (6)

Nacionales

Rengifo P.S. (Tarapoto – 2019), el estudio titulado “Factores de Riesgo Asociado a partos pretérmino en el Hospital II-2 Tarapoto, octubre 2017 – octubre 2018”; tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital II – 2 Tarapoto. Octubre 2017 – Octubre 2018; se realizó un estudio analítico, retrospectivo, observacional de casos y controles, con una muestra no pareada de 200 pacientes; en los resultados los factores asociados a parto pretérmino fueron el control prenatal inadecuado OR (3,198) IC (1,294 a 7,900), p valor 0.010; Infección del tracto urinario OR 3,738; IC (2,620 a 5,332), p valor de 0.010; vaginosis bacteriana con OR= 2,467.IC (1,426 a 4,269), p valor de 0.005; RPM con OR=3,389 IC (1,612 a 7,125), p valor de 0.003; concluyendo, que el control prenatal inadecuado, infección del tracto urinario, vaginosis bacteriana, RPM, se consideró significativamente como factor de riesgo asociado a parto pretérmino. (7)

Taipe H.A. (Puno-2018), en su estudio titulado “Factores de Riesgo asociado a Parto Pretermino en Gestantes del servicio Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho”; que tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociado a parto pretérmino en gestantes del servicio Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho enero-junio 2018; el tipo de estudio fue descriptivo, analítico, retrospectivo y

transversal de observación indirecta; se registraron los datos en una ficha y procesados estadísticamente; para la asociación entre los factores de riesgo y el parto pretérmino, utilizando la prueba Chi cuadrado; los resultados encontrados indicaron que de 114 gestantes con parto pretérmino, la incidencia fue 8%, presentó el 72.8% con edad gestacional entre 32-<37 semanas, el 58,8% con edad de 20 a 34 años, 65,8% con educación secundaria, 62,3% conviviente, 51,8% sin controles adecuados, 41,2% multigesta, 4,4% embarazo múltiple, 5,3% enfermedad hipertensiva, 0,9% diabetes gestacional, 36,0% con infección del tracto urinario, 77,2% con amenaza de parto pretérmino, 2,6% con desprendimiento prematuro de placenta, 32,5% con anemia, y 19,3% con ruptura prematura de membrana. Los factores de riesgo asociados, estadísticamente significativos para parto pretérmino fueron número de controles prenatales ($p<0.05$) y amenaza de parto pretérmino ($p<0.05$) ; concluyendo, que los factores de riesgo asociados al parto pretérmino fueron el número de controles prenatales y amenaza de parto pretérmino.

(8)

Lima, O.N. (Huancavelica – 2018), realizó un estudio titulado “Factores de Riesgo Desencadenantes del Parto Pretérmino en Gestantes del Hospital Hugo Pesce Pescetto ”; que tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo que desencadenan el parto pre término en Gestantes del Hospital

“Hugo Pesce Pescetto”, Andahuaylas 2016; el tipo de estudio fue descriptivo, observacional y transversal; la población y muestra estuvo constituido por todas las 50 historias clínicas de gestantes con diagnóstico de parto pre término; el procesamiento y análisis de datos se realizó en el programa Excel-2013 y en el programa SPSS, Versión 21,0; los resultados encontrados indicaron que el 56% de gestantes presentaron más de una complicación obstétrica tales como anemias, infecciones del tracto urinario, antecedentes de partos pre términos, pree eclampsia severa, etc ; el 12% de gestantes cursaron con infección del tracto urinario durante el embarazo; el 10% de gestantes presentaron antecedentes de ruptura prematura de membranas y anemias respectivamente. El 54% de gestantes provinieron de la zona rural mientras que el 46% de gestantes provinieron de la zona urbana; el 13.1% son casadas y un 4% de las gestantes no tienen una relación estable con sus parejas; concluyendo, que las infecciones del tracto urinario fueron los factores desencadenantes para el parto pre término. (9)

Abanto, V.D. (Trujillo – 2018), realizó un estudio titulado “Infección del Tracto Urinario como Factor asociado a Parto Pretérmino”; que tuvo como objetivo determinar si el parto pre término está asociado a la infección del tracto urinario en el La Caleta Hospital – Chimbote ; el tipo de estudio fue de tipo no experimental, de casos y controles evaluó una muestra: 342

historias de pacientes con parto pre término (casos) y 342 historias de pacientes sin parto pre término (controles), para la recolección de datos se realizó la revisión de historias clínicas, se aplicó la prueba Chi cuadrado, a sumiendo valores de $p < 0,05$ para la significancia estadística y se calculó el OR, con su respectivo intervalo de confianza al 95% ,os resultados encontrados indicaron en las pacientes con parto pre término, el 48.5% presentó infección urinaria y el 51.5% no presento infección, en las gestantes que culminaron su embarazo sin parto pre término, el 30.4% presentó infección urinaria y el 69.6% no presentó infección. En la evaluación de la infección urinaria en gestantes, se distinguió un mayor riesgo de infección en gestantes con parto pre término ($p < 0.001$). La fuerza de asociación OR, indicó que las gestantes con infección urinaria tienen 2.2 veces más riesgo de parto prematuro; concluyendo ,que la infección del tracto urinario es un factor asociado a partos pretérminos, la frecuencia de la infección del tracto urinario es de 48.5% y la frecuencia de infección del tracto urinario en gestantes sin parto pretermino es de 30.4%. (10)

Alarcon T.D. (Trujillo – 2018), realizo un estudio titulado “Factores Asociados a Parto Pretermino en Gestantes Adolescentes. Hospital Regional Docente de Trujillo; que tuvo como objetivo determinar si la infección de las vías urinarias, el antecedente del parto pretermino, la

ruptura prematura de membranas, el polihidramnios, la preeclampsia y la anemia son factores asociados a parto pretérmino en gestantes adolescente ; el tipo de estudio fue retrospectivo de casos y controles, la muestra lo conforman 71 historias clínicas de puérperas que terminaron su gestación en parto pretermino y 142 historias clínicas de puérperas a término atendidas en el servicio de obstetricia ; los resultados encontrados indicaron que los antecedentes de parto pretermino (OR:10,682 Y p:0.008), Ruptura Prematura de Membranas(OR:2,877 Y p: 0.004), anemia(OR: 8.389 Y p: 0.00) tuvieron asociación estadísticamente significativa con la presentación de parto pretérmino , no hubo diferencias estadísticamente significativas en las variables: infección urinaria (OR: 0,889 Y p: 0.692), preclampsia (OR: 1 Y P: 1) Y polihidramnios (OR: 6.434 Y p: 0.059); concluyeron ,que los antecedentes de parto pretérmino , ruptura prematura de membranas y anemia son factores de riesgo para desarrollar parto pretermino. (11)

Guadalupe, H.S. (Lima – 2017), realizó un estudio titulado “Factores de Riesgo asociado a parto Pre término en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora”, que tuvo como objetivo determinar los Factores de Riesgo asociados a Parto Pretérmino en Gestantes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015 ; el tipo de estudio fue observacional,

analítico, retrospectivo, casos y controles; con una muestra fue de 400 gestantes atendidas en el Hospital “Maria Auxiliadora” ,de los cuales se dividió en casos a las gestantes con parto pretermino y controles a las gestantes sin parto pretermino; realizándose la asociación de ciertos factores de riesgo con el parto pretérmino mediante OR y sus respectivos intervalos de confianza al 95% ; los resultados encontrados indicaron que la edad, el estado civil, el control prenatal inadecuado, el número de paridad, la preeclampsia, la infección del tracto urinario, y la rotura prematura de membrana tuvieron valor estadísticamente significativo ($p < 0.5$) además de ser factores de riesgo para parto pretérmino (OR:2.579) ; concluyeron que los factores de riesgo de acuerdo a la intensidad que representan para presentar parto pretérmino son la edad, la rotura prematura de membrana, el número de paridad, el control prenatal inadecuado, la preeclampsia, el estado civil y la infección del tracto urinario. (12)

Mayta, C.N.(Lima - 2017), realizó un estudio titulado “Infección urinaria materna y su relación con la prematuridad, el bajo peso al nacer y anomalías congénitas, Hospital Edgardo Rebagliati Martins”; que tuvo como objetivo determinar la relación entre la infección urinaria durante la gestación con la prematuridad, el bajo peso al nacer y anomalías congénitas ; el tipo de estudio fue de tipo observacional, analítico,

transversal, se usó la base de datos de las gestantes que tuvieron sus partos durante el periodo de marzo del 2015 a febrero del 2016 que estuvieron registradas en el Sistema de Vigilancia Perinatal , así como la base de datos de sus recién nacidos ; los resultados encontrados con muestra de 2020 mujeres, la infección urinaria durante el embarazo se presentó en el 17,2% (348) de estos 348 casos la presencia de prematuridad del recién nacido estuvo presente en el 13,8%, la presencia de bajo peso al nacer estuvo presente en el 8,3% y la presencia de anomalías congénitas estuvo presente en el 10,3% ;concluyendo, que la presencia de infección urinaria durante la gestación se encontró asociada a la prematuridad y a las anomalías congénitas, pero no se le encontró asociada con el bajo peso al nacer. (13)

Mayhuasca, R.W y Yurivilca, C.R. (Huancayo – 2017), realizó un estudio titulado “Factores de Riesgo del Parto Pretérmino en Primigestas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil-El Carmen”; que tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo del parto pretérmino en primigestas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el periodo 2015-2016; el tipo de estudio fue observacional, analítico, transversal y retrospectivo de tipo caso control ; con una muestra conformada por 90 casos (paciente con parto pretérmino) y 90 controles (paciente con parto a término) en el servicio de Obstetricia , para el

análisis estadístico se empleó la prueba de chi cuadrado y de regresión logística, usando un intervalo de confianza del 95% y un $p < 0,05$ que indicará significancia estadística; los resultados encontrados indicaron que los factores de riesgo relacionados con el parto pretérmino y con relación estadísticamente significativa fueron el mal control prenatal con $p = 0,001$ y un $OR = 7,3$; seguido por la presencia de infección del tracto urinario con $p = 0,001$ y un $OR = 6,6$ y la presencia de ruptura prematura de membranas con $p = 0,012$ y un $OR = 4,0$; concluyendo, que el mal control prenatal, la infección del tracto urinario y la ruptura prematura de membranas son factores de riesgo para el parto pretérmino en primigestas. (14)

Orbegoso, P.Z. (Lima – 2016), realizó un estudio titulado “Infección del tracto urinario como factor de riesgo asociado al desarrollo de amenaza de parto pretermino en gestantes que acuden al hospital nacional Hipólito Unanue”; que tuvo como objetivo determinar la asociación entre Infección del Tracto Urinario y el desarrollo de amenaza de parto pretérmino; el tipo de estudio fue de tipo observacional, analítico, transversal, retrospectivo, casos y controles; la muestra fue de 100 gestantes con resultados que explican que la infección del tracto urinario es un factor de riesgo de amenaza de parto pretérmino, con razón de momios de 6,303 IC 95% (2,6-15,25), la edad de mayor frecuencia de APP fue entre 20 y 34 años, el

IMC de mayor frecuencia fue de >25 , y las primigestas lo presentaron con mayor frecuencia, no existe asociación estadísticamente significativa entre edad, IMC, antecedente de paridad con infección del tracto urinario; concluyendo , que la infección del tracto urinario se comporta como factor de riesgo de amenaza de parto pretérmino. (15)

Carnero, C.Y.(Lima – 2016), realizó un estudio titulado “Factores de riesgo del parto pretermino en gestantes en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo enero-junio 2015” ; que tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en el periodo enero - junio del 2015 ; el tipo de estudio fue de casos y control, cuantitativo, transversal, retrospectivo, basado en la revisión de 150 historias clínicas de gestantes que presentaron un parto pretérmino, único y espontáneo, 300 historias clínicas de gestantes que presentaron parto a término, único y espontáneo ; los resultados de las 450 historias clínicas, la frecuencia de partos pretérmino fue 33.3% ,los factores de riesgo estadísticamente significativos fueron: el antecedente de parto pretermino altamente significativo ($P<0.001$) con un OR = 8.5 e IC 95% (5.35 – 13.52), la infección de vías urinarias altamente significativo ($P<0.0001$) con un OR: 6 e IC 95% (3.89 – 9.299), la anemia altamente significativa ($P=0.0001$) con un OR: 2.26 e IC 95% (1.5085 – 3.3726) y no tuvo significancia

estadística: la edad materna ($P=0.4769$) con un OR: 1.25 e IC 95% (0.67–2.3218) ; concluyendo , que el antecedente de parto pretérmino, la infección de vías urinarias y la anemia son factores de riesgo para el parto pretérmino. (16)

Sánchez, P.K. (Trujillo - 2016), realizó un estudio titulado “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino. Hospital Belén de Trujillo 2012-2014”; que tuvo como objetivo determinar si el control prenatal inadecuado , antecedente de parto pretérmino , periodo intergenésico corto , infecciones del tracto urinario durante el embarazo , ruptura prematura de membranas y preeclampsia son factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Belén de Trujillo 2012 – 2014; el tipo de estudio fue retrospectivo de casos y controles, el grupo de casos 244 gestantes con parto pretérmino y 732 con parto a término ; los resultados fueron que la frecuencia de parto pretérmino 11.54% , control prenatal inadecuado, (OR: 10.36; $p:0.000$), antecedente de parto pretermino (OR: 2.89; $P0.001$), periodo intergenésico corto (OR:1.88; $P0.17$) , infección de tracto urinario(OR: 8.96; $p:0.000$),ruptura prematura de membranas (OR: 5.21; $P0.000$) y preeclampsia (OR:4.84; 0.000) ; concluyendo, que el control prenatal inadecuado, infección del tracto urinario, preeclampsia, ruptura prematura de membranas, periodo

intergenésico corto y antecedentes de parto pretérmino son factores de riesgo asociados a parto pretermino. (17)

Locales

Paredes , L.W.(Pucallpa - 2018) , realizo un estudio titulado “Amenaza de Parto Pretérmino en Pacientes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa periodo 2016” ; que tuvo como objetivo describir los factores frecuentes de riesgo de la amenaza de parto pre término, en las pacientes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa ,periodo 2016; el tipo de estudio fue descriptivo , de corte transversal y retrospectivo, donde se describirán e identificaran los principales riesgos que desencadenan la amenaza de parto pre termino; con método de investigación observacional, sin intervenir, ni manipular las variables ; la población estuvo conformada por 143 mujeres que fueron atendidas con el diagnóstico de Amenaza de Parto Pre termino y hospitalizadas, en el Hospital Regional Pucallpa, durante el periodo 2016; los resultados indicaron que los datos sociodemográficos de las gestantes hospitalizadas, fueron el 57.4% que estuvieron entre la edad de 20 a 34 años, el 42.6% fueron pacientes en condición conyugal de conviviente, el 43.4% de ellos fueron procedentes de Callería y el 39.7% fueron ama de casa. Los factores de Riesgo pre existentes en las gestantes con diagnóstico de Amenaza de Parto Pre Termino, fueron los siguientes: el 69,9% tuvo antecedentes de haber tenido un parto prematuro, el 35.3%

de las Amenazas de Parto Prematuro estuvieron dentro del grupo etáreo de riesgo (20 a 34), el 68% fueron nulíparas y multíparas, el 14% de las mujeres presentaron anomalías uterinas, el 14% presento incompatibilidad cervico uterino , sobre los factores de riesgos existentes, el 90.4% son de estado nutricional adecuado, el 6.6% presentaron gemelaridad, el 40.4% presentaron preeclampsia grave, el 46.3% presentaron algún tipo de infecciones, el 1.5% presento Polihidramnios, el 8.8% presento placenta previa, y ningún caso de corioamnionitis; por lo que se determina que las infecciones y las hipertensiones arteriales son los factores de riesgo más frecuentes para la amenaza de parto pre termino, la frecuencia de las Amenazas de partos pre termino durante el año 2016; es de 5.49%, correspondiente a 210 casos hospitalizados con diagnósticos de amenaza de parto pretermino, de un total de 3,821 pacientes que acudieron al servicio de emergencia de Gineco Obstetricia; concluyendo que los factores de riesgo pre existentes más frecuentes son el haber tenido un parto pre término previo y para los factores de riesgo existentes son las infecciones de cualquier índole. (18)

Lucero ,V.M. (Ucayali – 2015), realizó un estudio titulado “Factores Predisponentes del Parto Pretérmino en Gestantes, Hospital Amazónico-Ucayali- 2014” ; que tuvo como objetivo determinar los factores predisponentes del parto pretérmino en gestantes, Hospital Amazónico –

Ucayali -2014 ; el tipo de estudio fue descriptivo simple, no experimental, retrospectivo y transversal; con una población constituido por 885 gestantes que culminaron en parto pretérmino, durante el periodo planteado, aplicando la formula sin desviación estándar, la muestra a estudiar fue de 268 gestantes seleccionado por muestreo aleatorio simple; los resultados encontrados indicaron que los factores predisponentes asociados al parto pretérmino, vino a ser el factor sociodemográfico , teniendo en cuenta los siguientes aspectos; en cuanto al grado de instrucción el 39,55% de los casos estudiados tuvieron secundaria incompleta siendo el más frecuente; en cuanto a la edad, se aprecia que las pacientes entre edades de 18 a 34 años son los más frecuentes con un 66,79% del total, en el estado civil se aprecia que el 76,12% de las pacientes fueron convivientes, es el más frecuente; sobre la ocupación de las pacientes el 82,84% entonces en su mayoría son ama de casa ; dentro de los antecedentes gineco obstétricos el más resaltante es el antecedente de parto pretérmino con 13,43% de los casos; dentro de las infecciones de transmisión sexual, la vaginosis bacteriana con el 9,70% que se encuentra como factor pre disponentes para la infección de parto pre término; dentro de los factores maternos el 55,60% de las pacientes estudiadas presentaron infecciones del tracto urinario, teniendo en cuenta que este factor materno es el más resaltante para influir en un parto pre termino ; en cuanto a la rotura prematura de membranas las de mayor

tuvieron un porcentaje de 11,57% y menor de 6 horas , obtuvo el mismo porcentaje de 11 ,57% determinando parto pre termino en ambos casos; concluyendo, que en los factores sociodemográficos se encontró, que las gestantes con mayor factor predisponente son mujeres entre 18 a 34 años de edad (66.79%) provenientes en su mayoría del distrito de Yarinacocha (48.88%); siendo convivientes en un 76.12% (204 gestantes); amas de casa con 82.84% (222 gestantes) y con grado e instrucción secundaria incompleta en un 39.55% (106 gestante).Nuestro estudio a demostrado que casi todas las gestantes de la región de Ucayali en al algún momento presentaron infecciones del tracto urinario(55.60%), vaginosis bacteriana(9.70%), sífilis (1.87%), VIH (0.75%), anemia en (1.1%), hipertensión gestacional (79.48%). Sin atenciones prenatales entre el (12.9%), y en su mayoría solo recibieron de 3 a 4 atenciones prenatales.

(19)

2.2. Bases Teóricas

Parto Pretérmino

El útero tiene una extraordinaria capacidad de adaptación ya que, tras la implementación del embrión, el órgano crece de una forma progresiva durante muchas semanas para acomodar a la placenta, feto y líquido amniótico. Después de estar relajado durante unas 40 semanas, al llegar al momento del parto , el músculo uterino se contrae de forma regular y con gran fuerza para

poder expulsar el feto por el canal cervico vaginal .Tras el parto , el órgano vuelve a su tamaño normal no gestante por un proceso de enorme remodelación tisular .El mecanismo fisiológico del parto en la especie humana es desconocida , por lo tanto escribir sobre las posibles causas del parto prematuro tiene solo un valor especulativo , pero es una ocasión excelente para fomentar la investigación . (20)

Tratamos aquí de un asunto importante no solo por el gran interés fisiológico en conocer los factores que regulan el desencadenamiento del parto, sino por su importancia clínica , dada la alta tasa de mortalidad y la incidencia de secuelas a corto y a largo plazo en los recién nacidos prematuros . (20)

El parto prematuro ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud como aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación. El límite inferior de edad gestacional que establece la separación entre parto prematuro y aborto son las 22 semanas de gestación y/o los 500 g de peso fetal y/o 25 cm de longitud cefalocaudal. Si bien la sobrevivencia de los recién nacidos de menos 26 semana de edad gestacional es muy escasa, la Academia de Pediatría y el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia han respaldado tal definición. (21)

Definición

Se denomina parto prematuro o parto pretermino al que se produce antes de las 37 semanas de gestación, cuando el embarazo tiene entre las 22 semanas y 36 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación.

Parto inmaduro es una denominación que corresponde a una subdivisión del parto prematuro y se refiere al que acontece entre las 22 y 37 semanas.

En neonatología algunos denominan:

- Pretérmino moderado al que nace entre las 32 y 36 semanas.
- Pretérmino severo al que es menor a 32 semanas.
- Pretérmino extremo al que es menor de 28 semanas. (22)

Frecuencia

La incidencia del parto prematuro oscila entre el 8% y el 10% del total de partos, con variaciones regionales significativas, pues su incidencia puede alcanzar el 10% al 12% en los EE. UU, o ser tan baja como del 5 % en Chile y la unión europea. Aproximadamente el 5 % de los partos prematuros ocurre antes de las 28 semanas (prematuros extremos), el 15% entre las 28 y 31 semanas (prematuro severo), el 20% entre las 32 y 33 semanas (prematurez moderada) y del 60% al 70% entre las 34 a 37 semanas (cercano al termino).

(21)

Etiología

Se han descrito diferentes mecanismos de iniciación del parto prematuro, pero aisladamente ninguno se asocia fuertemente al mismo como para utilizarlo como un marcador seguro predictor de riesgo.

Esta diversidad de factores encontrados hace que aún se hable de una etiopatología multifactorial, asociado a las siguientes causas:

- Infección intraamniótica.
- Isquemia útero-placentarias.
- Malformaciones fetales.
- Sobre distensión uterina.
- Factores inmunológicos.
- Stress.

El **estrés psicosocial materno** puede producir estrés fetal con una reducción del flujo uteroplacentario y puede activar prematuramente el mecanismo fetal del eje hipotálamo – hipófisis – suprarrenal. Parecería que es el principal mediador inductor de prematurez por estrés es el factor liberador de la corticotrofina. Este factor proviene principalmente del hipotálamo, aunque también está localizado en las células de la placenta, amnios, corion y decidua uterina. Estimula las células del amnios, corion y decidua produciéndose prostaglandinas. Estas producen contracciones uterinas y maduran el cuello. A su vez las prostaglandinas también estimulan el factor liberador de la

hormona corticotrofina de la placenta, membranas ovulares y decidua, iniciándose un círculo de retroalimentación que desencadenaría el parto prematuro. (22)

También este mecanismo libera cortisol materno y fetal y dehidroepiandrosterona. Estos son convertidos en la placenta en estrógenos que a su vez aumentan las proteínas del miometrio y activan los receptores para la oxitocina.

Etiopatogenia

Clínicamente el parto prematuro se puede subdividir en tres entidades:

- **Parto Prematuro Idiopático:** Entendido como aquel en el que primer evento detectable es la aparición de contracciones uterinas regulares a consecuencia de las cuales se produce el parto. Existen una serie de circunstancias que predisponen al parto prematuro idiopático, entre los que se cuentan factores previos a la gestación y otros propios del embarazo actual. Estos factores de riesgo deben ser evaluados durante el control prenatal, pues en algunos casos su manejo adecuado reduce la probabilidad de esta enfermedad. El principal factor de riesgo es el antecedente de parto prematuro previo (sea idiopático o por rotura prematura de membranas); las mujeres que reportan uno o más partos prematuros previos por debajo de 35 semanas tiene un riesgo de parto prematuro en un nuevo embarazo que va del 30% al 50%. (21)

El parto prematuro idiopático es concebido como un síndrome, es decir, como una enfermedad causada por diferentes etiologías. Se proponen que diferentes factores etiológicos actúan sobre el miometrio convergiendo en la activación en una vía final común, clínicamente evidenciada por la presencia de contracciones uterinas y la dilatación del cuello uterino, que culminara en el parto.

- **Parto prematuro resultante de la rotura prematura de membranas ovulares:** Antes de las 37 semanas de edad gestacional.
- **Parto prematuro iatrogénico:** O aquel que resulta de la interrupción medica prematura del embarazo debido a patología materna y/o fetal.

Cada uno de estos tres grupos corresponde, aproximadamente, a un tercio del total del parto prematuros. Es importante notar que los recién nacidos provenientes de estos grupos clínicos presentan complicaciones neonatales y un pronóstico perinatal diferente, es decir que tienen diversas implicancias diagnósticas, terapéuticas y pronosticas. (22)

Fisiopatología

Infección intrauterina y síndrome de respuesta inflamatoria fetal. En la corioamnionitis los gérmenes pueden colonizar el útero a través de la vía ascendente, por la vía hematológica o linfática y por las trompas uterinas. Dentro de la serie de eventos que suceden para que la infección corioamniótica inicie el trabajo de parto pretermino está la respuesta del

huésped a la infección, con producción de sustancias como la interleukina 1, el factor de necrosis tumoral, el factor activador de plaquetas y la interleukina 6, que activan la producción de prostaglandinas por la decidua y las membranas corioamnióticas. La migración de macrófagos activados por la interleukina 6 libera sustancias como enzimas proteasas, colágenas, proteoglucanasas, que fragmentan la matriz colágena extracelular, liberando componentes específicos en las secreciones cervicovaginales como la fibronectina fetal. Este efecto sumatorio de degradación de la matriz colágena tiene el efecto potencial de reblandecer y dilatar el cuello uterino, que ya ha sido previamente estimulado por los prostanoïdes. Las bacterias secretan fosfolipasa A2 y C que fragmentan la fosfatidiletanolamina y el fosfatidilinositol en las membranas ovulares, que son ricas en ácido araquidónico; con estos fosfolípidos fragmentados se forman prostanoïdes que favorecen el inicio de las contracciones. (20)

La infección genera un estado de estrés fetal que libera noradrenalina, angiotensina II y vasopresina, incrementando la liberación de corticotropina fetal. Esta corticotropina fetal estimula la producción de prostanoïdes en las células del corion, amnios y decidua; a su vez, los prostanoïdes y la oxitócica estimulan su liberación, con aumento de la acción local paracrina, que estimula el inicio del trabajo de parto.

La literatura muestra que la corioamnionitis clínica y subclínica es causa de más del 30% del total de los casos de trabajo de parto pretermino.

Armer y Duff revisaron todas las amniocentesis al momento del ingreso de la paciente con amenaza de parto prematuro y observaron que el 13% presentaban corioamnionitis demostrada por cultivos positivos del líquido amniótico. (23)

Factores de riesgo y circunstancias asociadas con el parto pretérmino

A pesar del progreso enorme en la endocrinología de esteroides, la bioquímica de proteínas y la biología molecular, que se han producido en los últimos 40 años, el mecanismo fisiológico del desencadenamiento del parto es desconocido, y se mantiene como una de las grandes incógnitas por resolver en la medicina del siglo XXI. Los avances a nivel celular y molecular han tenido poco impacto en el conocimiento fisiopatológico a nivel de órgano (útero), sistema de órganos (unidad feto – placentaria) u organismo (mujer gestante). En ausencia de una respuesta definitiva a que provoca el parto, solo cabe especular sobre los posibles factores o circunstancias asociadas al parto pretérmino. (20)

- **Causas iatrogénicas**

Estrictamente estas no son causas de parto pretérmino y nada dicen sobre posible mecanismo fisiopatológicos. Se trata de situaciones en las que el obstetra decide que la terminación embarazo mediante cesáreo o inducción es lo más apropiado para la salud de la madre o del feto. Las causas más

frecuentes de interrupción iatrogénica del embarazo entre las 24 semanas y las 36 semanas son la preeclampsia grave, la placenta previa y el retardo de crecimiento fetal intrauterino. (20)

A estas complicaciones clásicas del embarazo hay que añadir, como causa iatrogénica moderna, la inducción de la ovulación mal controlada y la reproducción asistida con transferencia de más de dos embriones, lo que aumenta el riesgo de embarazo múltiple. Los trillizos casi siempre acaban en parto prematuro; los gemelos en un 50% de los casos. El motivo puede ser el mayor estiramiento uterino o que la presencia de dos o más fetos pueda incrementar las señales pro- parto en el ambiente intrauterino. Puede haber otros factores desconocidos ya que incluso los embarazos únicos tras fecundación in vitro parecen tener un riesgo elevado de parto pretérmino y peor pronóstico neonatal que los embarazos únicos normales.

Entre las causas iatrogénicas secundarias hay que considerar manipulaciones quirúrgicas o traumáticas que debiliten el útero o el cérvix, especialmente a biopsia de cono para el diagnóstico/ tratamiento de las neoplasias cervicales y las dilataciones bruscas del cuello. (20)

- **Parto pretérmino de repetición**

El hecho de haber dado a luz antes de las 37 semanas es un factor de riesgo muy importante en la gestación siguiente. Por ejemplo, en un estudio realizado en Noruega se observó que la tasa de parto pretérmino cuando el primer parto había sido normal era del 4.4%; si el parto previo había sido pretérmino la tasa ascendía al 17,2%; y si la paciente había tenido dos partos pretérminos consecutivos la tasa subía al 28,4%. Además, cuanto más pretermino fue el embarazo anterior, peor es el riesgo. De tal manera si definimos el riesgo relativo en la gestación que sigue a un embarazo normal como 1,0, si el primer parto fue a la 28 – 35 semanas el riesgo sube a 5,0, y si el primer parto (o aborto espontaneo) ocurrió a las 16 -27 semanas se calcula que el riesgo en el próximo embarazo es 20,5 veces mayor. Estas observaciones son aplicables a otros países y sugieren que hay cierta memoria uterina que recuerda los mecanismos del desencadenamiento del parto, tanto la maduración cervical como el incremento de contractibilidad, y los vuelve a poner en marcha de forma prematura. Curiosamente la memoria se puede borrar, ya que, si el embarazo que sigue a un parto pretermino es de duración normal, el riesgo d parto pretérmino en el embarazo siguiente vuelve a ser bajo. (20)

- **Alteraciones congénitas en el feto**

Es bien conocido que a mayoría de los abortos espontáneos antes de las 12 semanas de gestación están asociados con alteraciones cromosómicas. A medida que avanza el embarazo las malformaciones congénitas fetales, a menudo incompatibles con la supervivencia del recién nacido, son un factor importante de riesgo de parto pretermino. Los motivos por los que los defectos fetales desencadenan el aborto o el parto pretermino no están nada claros, pero refuerzan la idea de que es necesario un feto con órganos perfectamente desarrollados para que el momento del parto sea puntual. En casos de anencefalia el parto puede ocurrir muy pretermino, a término o muy tarde (más de 50 semanas de embarazo) lo que sugiere que el eje hipo-tálamo-pituitaria-suprarrenal del feto es necesario para que el parto ocurra con precisión a las 39 – 40 semanas de embarazo.

En caso de malformaciones congénitas que provocan Polihidramnios, el parto suele ocurrir antes de tiempo probablemente por el gran estiramiento del musculo uterino y la presión excesiva sobre las membranas y el cuello . (20)

- **Alteraciones congénitas en la madre**

Las malformaciones uterinas conllevan un alto riesgo de parto pretérmino, sobre todo cuando la cavidad uterina es demasiado pequeña. Al parecer, situaciones con doble útero son las de mayor riesgo. Se han descrito casos clínicos de pacientes con dos úteros completamente separados (bicornis

bicollis) que llevaban gestaciones independientes en cada útero y que tuvieron dos partos con intervalo de varias semanas ¿Qué nos dice esto? Que los dos úteros se pueden poner de parto de forma totalmente independiente, a pesar de compartir la misma cavidad abdominal y el mismo riesgo sanguíneo, lo que indica que los factores locales intrauterinos son probablemente mucho más importantes para desencadenar el parto que las señales sistémicas en la circulación materna.

- **Factores genéticos**

Hay polimorfismos genéticos asociados con el parto pretérmino espontáneo entre los que destacan los de las regiones promotoras de TNF – α e interleuquina -6. Es probable que el futuro descubrimiento de otros polimorfismos funcionales nos ayude a descubrir los mecanismos que llevan al parto pretermino.

- **Factores demográfico sociales**

La madre de bajo peso, sobre todo la de menos d 50K suelen tener partos pretérminos. La falta de crecimiento del feto es un factor independiente de riesgos de parto pretermino. Hay una serie de factores relacionados con la desidia social que también parecen predisponer a partos pretérmino.

Entre estos se encuentra la pobreza en sí ,la falta de estudios , fumar, el uso de heroína y cocaína , las infecciones vaginales , la falta de contacto con la matrona o el medico durante el embarazo , la malnutrición , ser madre joven soltera , la violencia de género , etc. La relación causa efecto no es clara en ninguna de estas situaciones , pero en Europa la mejora en las condiciones socio –económicas y los programas de atención a la embarazada poco privilegiada han dado buenos resultados , reduciendo la tasa de prematuridad. (20)

- **Factores endocrinos**

La gran producción de esteroides por la unidad feto – placentaria de los primates debe tener una función fisiológica durante el embarazo , pero hasta el momento, no se ha podido demostrar una alteración en los niveles de estrógenos o progesterona antes del parto .La idea de que el desencadenamiento del parto en la especie humana se debe una desaparición del efecto relajante de la progesterona sigue viva en la mente de algunos investigadores, y está apoyada por el descubrimiento de que el receptor de la progesterona existe en dos formas: PR-A, que es una forma truncada del receptor con efecto dominante negativo, y PR-B que es la forma activa. Al final del embarazo abría un incremento en PR-A en el miometrio que antagonizaría la función del OR-B, creando una perdida en el efecto de la progesterona sin necesidad que bajen los niveles de hormona en la circulación. El incremento en la fracción PR-A/PR-B se acompañaría de un

aumento de receptores de estradiol en el miometrio, con lo que los efectos del estrógeno, que favorece la reparación para la contractilidad mediante expresión de receptores OT, proteínas sintetasas y conexinas, se potenciaría. Se ha propuesto que estos cambios endocrinos a nivel tisular estén bajo el control de la CRH (corticotropin releasing hormone) de origen placentario o de origen hipotalámico en situaciones de estrés materno. Las determinaciones CRH, junto a la fosfatasa alcalina y la α -feto proteína en el plasma materno parecen ser útiles para predecir el parto pretermino.

El papel de la OT se ha mencionado antes. A pesar del éxito del atosiban, de momento no hay datos que sugieran que la OT sea un factor desencadenante del parto pretermino. (20)

- **Patología de placenta**

Entre las alteraciones más claramente asociadas con el parto pretermino, sobre todo antes de las 32 semanas, están las alteraciones inflamatorias: coriamnionitis villitis, funitis, generalmente de origen infeccioso. Los tejidos placentarios con infiltración inflamatoria producen muchas más prostaglandinas que los tejidos normales. Es posible que la liberación de prostanoïdes y otras sustancias estimuladoras (bradiquinina y serotonina) en el sitio de la inflamación tenga un efecto irritante sobre el útero y provoque contracciones.

Antes se ha mencionado el retardo del crecimiento del feto como factor de riesgos, que suele estar asociado con alteraciones isquémicas en la placenta. Por otra parte, las hemorragias anteparto (abruptio placentae) conllevan a un alto riesgo de parto prematuro, probablemente al efecto contráctil de la trombina y otros péptidos uterotónicos liberados por el coágulo retroplacentario. (22)

- **Roturas de membranas**

Este problema merece mención aparte por la gran frecuencia (10 a 35%) con que el parto prematuro está asociado con la rotura prematura de las membranas. La etiología es desconocida, evocándose efectos estructurales o bioquímicos que crean falta de elasticidad en las membranas; excesiva presión por intrauterina o debilitamiento por invasión bacteriana y reacciones inflamatorias. En general si no hay signos de un proceso infeccioso que pueda perjudicar al feto lo mejor es el tratamiento expectante para prolongar la gestación lo más posible. (20)

- **Infección y parto prematuro**

El papel de la infección en la etiología del parto prematuro se describe en un capítulo aparte, pero merece mencionar aquí la clara asociación entre corioamnionitis y parto prematuro sobre todo antes de las 32 semanas del embarazo. El mecanismo que desencadena parto puede ser la producción de

prostanoides, citoquinas y péptidos vasoactivos liberados por los macrófagos tisulares y los leucocitos que invaden la zona inflamatoria, ya que muchas de estas sustancias tienen un efecto irritante directo sobre el útero. Sin embargo, también se ha descrito la asociación del parto pretermino con infecciones lejanas (pielonefritis, gingivitis) sin que haya una relación fisiopatológica clara. (20)

En un subgrupo de pacientes la invasión microbiana de la cavidad amniótica es el factor etiológico responsable del inicio de trabajo de parto prematuro. Existe una clara asociación entre infección sistémica materna y parto prematuro, así, por ejemplo, para la paciente que desarrolla una neumonía se describen incidencias de parto prematuro entre el 15% y el 50%, mientras que a la malaria se asocia un riesgo de 50%. En la era pre amniótica, la pielonefritis aguda y la fiebre tifoidea se asociaron con una probabilidad de casi el 50% de parto prematuro, riesgo que se reduce a un tratamiento antimicrobiano adecuado.

La colonización microbiana del tracto genitourinario también ha sido relacionada con parto prematuro, bajo peso de nacimiento y rotura prematura de membranas. Existe una sólida asociación entre elevado riesgo de parto prematuro y vaginosis bacteriana, con tasa de parto prematuro de hasta 50% en ausencia de tratamiento, mientras que el uso adecuado y oportuno de antimicrobianos reduce este riesgo a la mitad, especialmente en mujeres con factores de riesgo y cuando el tratamiento se efectúa en el segundo trimestre

del embarazo. La asociación entre prematuridad y bacteriuria asintomática y gonorrea cervical también ha sido demostrada. De esta forma, la infección, ya sea sistémica o localizada primariamente en el tracto genitourinario, puede ser la responsable de la génesis de un parto prematuro. (21)

- **Factores relacionados con la iniciación del Parto**

Las infecciones ascendentes del tracto genitourinario se asocian significativamente con el parto prematuro. Estas infecciones junto con las amnióticas contribuyen a la activación de interleuquinas que estimulan la síntesis de prostaglandinas a nivel de la decidua y de las membranas ovulares. (20)

En el 60 % de los partos prematuros se encuentran hallazgos histológicos de hemorragias de la decidua uterina (micro desprendimientos de la placenta). Cuando estos desprendimientos son mayores clínicamente se aprecian por pequeñas metrorragias durante el primero y segundo trimestre del embarazo. Estas hemorragias activan localmente una serie de factores que generan trombina, destrucción de la decidua y de las membranas ovulares. La trombina se une a los receptores del miometro y estimula las contracciones uterinas. En el embarazo múltiple y en el hidramnios se produce una sobre distensión del útero que puede exceder su capacidad de compensación y ser causa de parto prematuro. El estiramiento de las miofibrillas uterinas y sus puentes de

unión entre ellas (gap junctions), activara los receptores de la oxitocina y la síntesis de las prostaglandinas de origen amniótico, decidual y cervical.

Cuando menor es el intervalo intergenésico mayor es la incidencia de niños de bajo peso, con exámenes medico neurológicos anormales al año de vida y de mortalidad perinatal. (20)

- **Factores potencialmente removibles durante el embarazo**

- ✓ Bacteriuria asintomática.
- ✓ Infección urinaria.
- ✓ Infección ovular – fetal.
- ✓ Vaginosis (*Gardenella vaginalis* y *Mycoplasma hominis*) e infecciones por *Chlamydia trachomatis* y estreptococo grupo B.
- ✓ Insuficiente ganancia de peso materno.
- ✓ Trabajo con esfuerzo físico o en posición prolongada de pie.
- ✓ Estrés psicosocial.
- ✓ Incompetencia istmicocervical y acortamiento del cuello uterino.
- ✓ Hidramnios.
- ✓ Inducción del parto o cesárea anticipada. (22)

- **Factores no removibles pero controlables durante el embarazo.**

- ✓ Pobreza y desventajas sociales.
- ✓ Bajo peso previo materno.

- ✓ Desnutrición materna.
 - ✓ Edad menor de 17 años o mayor de 35 años.
 - ✓ Rotura prematura de las membranas.
 - ✓ Embarazo múltiple.
 - ✓ Malformaciones y miomas uterocervicales.
 - ✓ Partos de pretermino previos al embarazo actual.
 - ✓ Intervalo corto desde el ultimo embarazo.
 - ✓ Metrorragias del primer y el segundo trimestre.
 - ✓ Cirugía genitourinaria y abdominal concomitante con el embarazo
- (22)

Amenaza de parto pretermino

Es la presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 1 cada 10 minutos, de 25-30 segundos de duración palpatoria, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos, con borramiento del cuello uterino de 50 % o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm, entre las 22 y 36,6 semanas de gestación.

El diagnostico deberá basarse en una adecuada anamnesis, en el examen clínico - obstétrico y en el examen vaginal. Se evaluarán los antecedentes de prematurez o de nacidos de bajo peso, la confiabilidad de la fecha de ultima menstruación(FUM) y la edad gestacional, en el momento del inicio y las

características de las contracciones uterinas y la presencia de sintomatología asociada (por ejemplo, las pérdidas de líquido amniótico o hemáticas por las genitales externos, disuria, polaquiuria, fiebre, escalofríos, dolor abdominal, etc.). (24)

Cuadro clínico

- Percepción de contracciones uterinas
- Dolor en hipogastrio y región lumbar
- Flujo sanguinolento por vagina
- Sensación de presión en pelvis constante o rítmica
- Modificaciones del cuello uterino (24)

Diagnóstico precoz de la amenaza de parto prematuro

Se basa en:

- Historia clínica: a través de un interrogatorio minucioso, evaluar los factores de riesgo relacionados con el desencadenamiento del trabajo de parto.
- Edad gestacional entre 22 y 37 semanas de amenorrea confiable, a partir de la fecha de la última menstruación. Si hay dudas, debe establecer por antropometría ecográfica o por pruebas de madurez fetal, mediante el análisis de líquido amniótico.

- Evaluación de dinámica uterina: contracciones uterinas que ocurran con frecuencia mayor de 1 en 10 minutos, duración mayor de 30 segundos, durante un periodo de 60 minutos.
- Modificaciones cervicales (tacto vaginal).
 - ✓ Borramiento del cérvix del 50 % o menos o con una dilatación menor de 2 cm. (24)
 - ✓ Borramiento del cuello uterino del 50% o menor y dilatación cervical igual o menor a 3 cm. (25)

Cuando estos signos y síntomas no son evidentes, el diagnóstico se refuerza ante la presencia de algún factor que eleva el riesgo de prematurez (partos previos de pretermino, infección urinaria, rotura prematura de membranas).

La edad del embarazo oscila entre las 22 y 36 semanas de amenorrea y debe correlacionarse con los signos clínicos o paraclínicos que confirmen dicha edad gestacional. Cuando hay dudas sobre la fecha de la última menstruación o esta se desconoce, el tamaño y la madurez fetal son los signos de mayor importancia. La medida de la altura uterina, del diámetro biparietal, u otra ultrasonografía, los parámetros del líquido amniótico en el caso de realizarse una amniocentesis, son los elementos más importantes que ayudan al diagnóstico del embarazo pretermino. (22)

Las contracciones uterinas se caracterizan por ser dolorosas o causar molestias a la embarazada y ser detectables por la palpación abdominal o por tocografía externa. Su frecuencia debe exceder los valores normales para la

edad del embarazo. Así, en la semana 32 se podría esperar en el 90% de las embarazadas normales una frecuencia contráctil de hasta 8 contracciones por hora. Es interesante destacar que en todos los partos que finalizaron prematuramente y en los que se estudió su patrón contráctil, este se encontraba aumentado (por encima del percentil 90) previamente a su desencadenamiento. (22)

Cuando la frecuencia contráctil es ligeramente superior a la establecida para el percentil 90 del patrón normal con la embarazada acostada y plantea dudas acerca del diagnóstico, se procederá al tratamiento con fármacos uteroinhibidores si la misma persiste luego de una hora de observación. Durante esa hora la embarazada reposara en cama y una persona adiestrada, a la vez que le brinda apoyo , registrara la frecuencia contráctil por medio de la palpación abdominal o con la ayuda de un tocografo externo. (22)

En el cuello uterino se debe apreciar modificaciones con relación al último examen vaginal realizado. Los principales signos a tener en cuenta son el borramiento, dilatación y la posición del cuello uterino, así como el apoyo de la presentación sobre el mismo y el estado de las membranas ovulares. Los cambios cervicales han de ser importantes para ser tenidos en cuenta, dada la subjetividad del método que los valora. El dato es más confiable cuando el examen previo fue realizado por la misma persona. Las modificaciones deben sobrepasar los cambios fisiológicos del istmo –cérvix que se dable esperar de acuerdo al tiempo transcurrido entre el último examen realizado y el actual.

Estos síntomas y signos constituyen la base para establecer el diagnóstico. Cuando se presentan aisladamente resultan a veces insuficientes para definir el cuadro.

Cuando los signos anteriormente mencionados sobrepasan los patrones descritos para la amenaza, se trata de un trabajo parto prematuro e su etapa inicial. En la nulípara se aprecia una dilatación cervical entre 1 cm y 3 cm. Cuando supera esta cifra se trata de un franco trabajo de parto. En esta última condición la respuesta a los fármacos uteroinhibidores no es suficiente y durara como para posponer el nacimiento. (22)

Exámenes auxiliares

A. Laboratorio

- Hemograma, Hb, Hto.
- Grupo sanguíneo y factor RH
- Examen de orina - urocultivo
- Examen directo de secreción vaginal
- Cultivo endocervical (26)

B. Ecografía obstétrica:

- Determinar edad gestacional: concordancia de la biometría fetal con la edad gestacional por FUR
- Descartar malformaciones fetales
- Detectar la existencia de RCIU

- Evaluación de la placenta
- Perfil biofísico: movimientos, tono muscular, respiración, volumen de líquido amniótico, y frecuencia cardiaca
- Visualizar por ecografía transvaginal, un acortamiento del cérvix (menor de 3 cm en la nulípara), dilatación en el orificio cervical interno, adelgazamiento de la parte inferior del segmento uterino (por debajo de 0.6 cm) o protrusión de las membranas en el canal cervical. Si están presentes nos ayudan a hacer el diagnóstico de trabajo de parto pretérmino (24)

C. Cardiotocografía

D. Examen en especializados complementarios:

- Dosaje de fibronectina

Manejo

a) Plan de trabajo.

b) Lugar y forma de atención

- **Emergencia:**

- ✓ Cérvix sin modificaciones.
- ✓ Cérvix sin modificaciones y dinámica uterina.
- ✓ Cérvix con modificaciones.

- **Hospitalización:**

- ✓ Tratamiento General
- ✓ Tratamiento Específico:

- a. Nifedipino
- b. Inhibidores de la prostaglandina
- c. Sulfato de magnesio
- Si fracasa el tratamiento tocolítico por VO, pasa a centro obstétrico para manejo tocolítico.

Medidas Generales

Hospitalización:

- Reposo en decúbito lateral izquierdo.
- Colocar vía segura con Cloruro de Sodio al 9 ‰, 1000 cc, pasar 500 cc en una hora y luego pasar a 60 gotas por minuto.
- Historia clínica completa con enfoque de riesgo de parto pretérmino.
- Examen clínico en busca de la posible etiología.
- Control de signos vitales maternos.
- Control de vitalidad fetal (Pinard, Doppler, Ecografía, NST).
- Confirmar edad gestacional.
- Control de dinámica uterina: por palpación abdominal o por tocografía externa.
- Realizar maniobras de Leopold, para ver presentación.
- Evaluar vagina y periné, para ver si hay sangrado o salida de líquido.
- Realizar tacto vaginal, para evaluar dilatación y borramiento cervical.

- Estimar peso fetal, mediante la medición de la altura uterina y/o ecografía obstétrica y ver si corresponde con la edad gestacional.
- Considerar la posibilidad de hacer amniocentesis para ver madurez pulmonar.
- Control cardiológico (ante la posibilidad de usar tocolíticos). (26)

Medidas específicas

- Identificación y corrección del factor causal
- Tratamiento farmacológico: Comprende los uteroinhibidores y los inductores de la madurez pulmonar fetal (evaluación de las contraindicaciones del uso).

A. Fármacos uteroinhibidores:

Bloqueadores de los canales del calcio

- **Nifedipino:** Dosis de inicio: 10-20 mg. VO, cada 20 minutos hasta en 3 oportunidades, seguida de 10 mg cada cuatro horas durante el primer día y 10 mg cada 8 horas durante seis días más.
Contraindicación: hipotensión. (26)

Betamiméticos

- **Isoxuprine:** 10 ampollas de 10 mg en 500 cc de Dextrosa al 5% en AD.

Dosis inicial 15 gotas por min. aumentar 10 gotas c / 15 min. hasta el cese de contracciones. Continuar VO.

- **Ritodrina:** 1 ampolla de 5 cc / en 500 ml de ClNa 9% o 500 ml de Dextrosa al 5% EV. dosis inicial 10 gotas que se incrementan c / 20 min. Continuar con VO.
- **Salbutamol:** 10 ampollas en 500 ml de Dextrosa al 5% en AD. EV.
Contraindicaciones: cardiopatías, hipertensión arterial, hipertiroidismo, diabetes mellitus no controlada (27)
- Sulfato de magnesio. (tocolítico – neuroprotección) (27)
5 ampollas de sulfato de magnesio 20% en 50 cc de ClNa 0,9%.
Dosis inicial: 40 gotas en 20 minutos, luego 10 gotas por hora hasta 24 horas.
Contraindicaciones: miastenia gravis
- Reacciones adversas maternas: letargia, cefalea, edema pulmonar, falla cardiaca.
- Inhibidores de las prostaglandinas.
- Indometacina: dosis 100 mg en supositorio; repetir a las 2 horas si persiste dinámica o 25 – 50 mg VO c /4 a 6 horas, este medicamento debe ser administrado solo hasta las 32 semanas de edad gestacional.
- Ácido acetil salicílico: 4 g por VO.
- Keterolaco: dosis inicial 60mg IM, luego 30Nmg IM cada 6 horas por 48 horas

- Contraindicación: trombocitopenia o desordenes de coagulación, asma, úlcera péptica.

El Tratamiento útero inhibidor se abandonará Cuando:

- ✓ Se alcancen las 37 semanas.
- ✓ Test de Clemens + los 3 tubos.
- ✓ Cambien las condiciones cervicales (más de 4 cm).
- ✓ Amniorraxis prematura o signos de infección.
- ✓ Signos de sufrimiento fetal agudo o crónico.
- ✓ Mala respuesta materna o taquicardia fetal.

Se contraindica el uso de Uteroinhibidores cuando:

- ✓ RPM con sospecha o evidencia de infección ovular.
- ✓ Cardiopatías congénitas maternas o fetales (arritmias).
- ✓ Desprendimiento prematuro de placenta.
- ✓ Malformaciones congénitas fetales incompatibles con la vida.
- ✓ Franco trabajo de parto con dilatación mayor de 4 cm.
- ✓ RCIU severo.
- ✓ Eritroblastosis fetal.
- ✓ Feto muerto.
- ✓ Estado fetal no activo
- ✓ Preeclampsia severa o eclampsia

- ✓ Sangrado materno con inestabilidad hemodinámica

B. Fármacos inductores de la madurez pulmonar fetal:

Entre las 24 – 34 semanas de gestación con riesgo de parto pretermino dentro de los 7 días

- Betametasona: 12 mg IM c/ 24 horas por dos dosis.
- Dexametasona: 6 mg IM c/ 12 horas por 4 dosis.

C. Atención del parto: (si fracasa la tocólisis)

Antes de decidir la vía del parto, debe tenerse en cuenta las siguientes consideraciones, particularmente en los fetos de muy bajo peso (750 a 1500 gr), los cuales son muy vulnerables a la hipoxia y al trauma obstétrico.

- ✓ Asociación de hemorragia ante parto
- ✓ Falla en el progreso de la dilatación cervical
- ✓ Prolongación excesiva del trabajo de parto
- ✓ Aparición de signos de insuficiencia placentaria
- ✓ Luego de haber descartado alguna complicación obstétrica

- ✓ **En presentación de vértice: Parto vaginal**
- ✓ Asistencia del parto por médico gineco-obstetra, usando técnicas que garanticen máxima protección fetal.
- ✓ Monitorizar electrónicamente el trabajo de parto.

- ✓ Evitar amniotomía durante el periodo de dilatación.
- ✓ Hacer una episiotomía amplia durante el período expulsivo.
- ✓ Después del parto al recién nacido debe colocarse a la altura del introito por un periodo de 30 segundos antes de ligar el cordón.
- Es imprescindible la presencia de un neonatólogo experimentado

En presentación podálica: Cesárea

Complicaciones Y Secuelas

- ✓ Complicaciones
 - Síndrome de dificultad respiratoria
 - Transtornos metabólicos
 - Hipotermia
 - Trauma obstétrico
 - Enterocolitis necrotizante
- ✓ Secuelas
 - Transtornos del crecimiento y desarrollo
 - Retinopatía de la prematuridad

Prevención Y Promoción

- Identificación de la población de riesgo.
- Control, prenatal precoz.
- Mejorar el estado nutricional de las gestantes.
- Detectar factores individuales de riesgo.

- Identificar factores modificables de riesgo e intervenir en consecuencia.
- Considerar métodos de educación relacionados con factores de riesgo.
- Enseñar a reconocer signos de alarma.
- Implementar intervenciones pertinentes. (24)

Infecciones de tracto urinario

La infección del tracto urinario (ITU), es una complicación médica más frecuente de la gestación y su importancia radica en que pueden repercutir tanto en la salud materna, como en la evolución del embarazo.

Su incidencia se estima en 5-10% de todos los embarazados. Aunque la mayor parte de las veces se trata de bacterias asintomáticas (2-11%) , en ocasiones son procesos clínicos sintomáticos como cistitis (1,5%) o pielonefritis (1-2%). (28)

Definición

Se considera ITU, la presencia de bacterias en el tracto urinario capaces de producir alteraciones morfológicas o funcionales. En el cultivo de orina debe existir una bacteriuria significativa >100.000 unidades formadoras de colonias (UFC) /ml de un único uropatógeno en orina recogida por micción espontánea, a >1.000 UFC/ml si se recoge la orina por sondaje vesical. (28)

Durante el embarazo basta con un único urocultivo positivo para considerar que existe una bacteriuria asintomática. Las infecciones sintomáticas son más frecuentes en las gestantes que en la población no gestante.

Entre las infecciones más comunes padecidas por la mujer embarazada, cuyo aspecto clínico abarca desde la bacteriuria sintomática, la uretritis y la cistitis, hasta la pielonefritis que involucra la pelvis y cálices renales y el parénquima renal a pesar de ser una enfermedad sistémica que se puede presentar fuera del embarazo, ciertos factores que se desarrollan a lo largo del mismo predisponen la aparición de este cuadro infeccioso.

Fisiopatología

La infección del tracto urinario es más frecuente en mujeres que en hombres, el motivo principal es probablemente anatómico, pues su uretra tiene solo 3 a 4 cm de longitud y está en estrecha proximidad con la vagina, el ano y el recto, todas zonas colonizadas por flora intestinal (enterobacterias). (24)

Los cambios fisiológicos del tracto urinario durante el embarazo son importantes y facilitan el desarrollo de la ITU. En estas modificaciones fisiológicas se pueden destacar:

- ✓ La dilatación bilateral, progresiva y frecuentemente asimétrica de los uréteres, que comienza hacia la 7ª semana y progresa hasta el término.

Tras el parto, se reduce con rapidez (un tercio a la semana, un tercio al mes y el tercio restante a los dos meses).

- ✓ La dilatación comienza en la pelvis renal y continua de forma progresiva por el uréter, es menor en el tercio inferior y puede albergar hasta 200 ml de orina, lo que facilita la persistencia de la ITU. Esta dilatación suele ser mayor en el lado derecho.
- ✓ Por otra parte, a medida que el útero aumenta su volumen comprime la vejiga y los uréteres. Esta compresión es mayor en el lado derecho debido a la dextro-rotación habitual del útero a partir de la segunda mitad del embarazo. La compresión vesical favorece la aparición del residuo posmiccional.
- ✓ Además de estas razones anatómicas, la influencia hormonal también contribuye a estas modificaciones, tanto o más que las modificaciones mecánicas reseñadas. La progesterona disminuye el tono y la contractibilidad de las fibras musculares del uréter. Esto reduce el peristaltismo uretral desde el segundo mes, observándose etapas de auténtica atonía hacia el séptimo y octavo mes , lo que favorece el estancamiento de la orina y el reflujo vesico –ureteral .Igualmente disminuye el tono del esfínter ureterovesical, favoreciendo su reflujo. Los estrógenos favorecen también en su parte, la hiperemia del triángulo y la adherencia de los gérmenes sobre el epitelio. (28)

Otros factores son:

- Aumento de la longitud renal en 1 cm, este cambio es atribuido al aumento del volumen intersticial.
- Cambio en la posición de la vejiga que se hace más abdominal que pélvica.
- Aumento de la capacidad vesical por descenso progresivo de su tono por factores hormonales. En el tercer trimestre puede llegar albergar el doble de volumen, sin generar molestias en la gestante.
- Aumento del volumen circulante que implica un incremento del filtrado glomerular, produce una reducción normal en la creatinina plasmática hasta 0,4 a 0,5 mg/dl. (24)
- Se incrementa la excreción urinaria de proteínas se incrementa en el embarazo normal con respecto a los no embarazadas, de 100mg hasta 150 a 200 mg en 24h hasta el tercer trimestre. (21)
- Alcalinización del ph de la orina.
- Aumento de la concentración de azúcares y aminoácidos.
- Anomalías del tracto urinario, nivel socioeconómico bajo, antecedentes de ITU, diabetes, litiasis renal, etc.
- La disminución de la capacidad de concentración de la orina por el riñón de la embarazada puede ocasionar una disminución de la capacidad antibacteriana de la orina. (28)

Uno de los factores más importantes es el menor peristaltismo o ectasia del aparato excretor y la existencia de glucosuria, aminoaciduria y un ph urinario más elevado debido a una mayor excreción de bicarbonato, lo que favorecería la proliferación microbiana. (24)

La vía de infección predominante es la ascendente y se produce como consecuencia del ascenso de gérmenes que se encuentran en vejiga o que llegan a ella como consecuencia de procesos infecciosos del aparato genital o de la región perineal. (22)

Frecuencia y epidemiología

- Bacteriuria asintomática: 2 a 7 %
- Cistitis: 1 a 2%
- Pielonefritis aguda: 1 a 2%

La tasa de bacteriuria asintomática durante el embarazo es similar a la de la población no gestante y se considera que la mayor parte de ellas son previas al embarazo.

Un 20 % a 40% de las bacteriurias asintomáticas no tratadas evolucionan a pielonefritis aguda durante la gestación y con tratamiento antibiótico adecuado la progresión disminuye a un 3%.

La cistitis en el embarazo se considera una infección de las vías urinarias primarias, pues no se desarrolla a partir de una bacteriuria asintomática

previa. Hasta el 50% de mujeres con clínica de cistitis resultan con urocultivo negativo y estos casos se denomina síndrome uretral agudo o cistitis abacteriana , y está asociado a infección por chlamydia .

Hasta el 70% de las pielonefritis agudas durante la gestación son precedidas de bacteriuria asintomática; una correcta erradicación de la bacteriuria asintomática durante la gestación reduce el 80% la evolución a pielonefritis aguda. La pielonefritis aguda es más frecuente durante la segunda mitad del embarazo, 4% se da durante el primer trimestre, 67% durante el segundo y tercer trimestre y 27% en el puerperio.

Aproximadamente, el 33% de las pacientes con bacteriuria asintomática, tratadas correctamente tendrán una recurrencia durante el embarazo; de igual manera sucede en las pacientes con cistitis, y el 25% de las pacientes con pielonefritis aguda tratadas tendrán una recurrencia.

De las mujeres urocultivo negativo en el primer control, solo 1 a 1,5% adquirirá bacteriuria asintomática más adelante, por lo que no se recomienda urocultivo de control posterior si tuvo un urocultivo inicial negativo. (24)

Etiología

Los microorganismos que causan infecciones urinarias son los habituales de la flora perineal normal y en general se trata de los mismos gérmenes fuera del embarazo, aunque también se pueden observar microorganismos

grampositivos que suelen ser los responsables del 10 -15 % de las infecciones sintomáticas agudas en la mujer joven. Los gérmenes aislados habitualmente son los bacilos gramnegativos . (28)

La microbiología de las bacterias en la orina es la misma que en las mujeres no embarazadas.

La mayor parte es producido por enterobacterias en un 90%, principalmente *Escherichia coli* en un 80 a 90%, *Klebsiella pneumoniae* y *Enterobacter spp*; otras bacterias Gram negativas como *Proteus mirabilis*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Citrobacter*; y Gram positivos como *Staphylococcus saprophyticus*, *Streptococcus* del grupo B, y otros organismos como *Gardnerella vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum* 1,6,8,9. Los organismos aislados en bacteriuria asintomática, cistitis y pielonefritis aguda son similares en mujeres gestantes y no gestantes. Además, los uropatógenos que han sido aislados en cistitis es similar a los vistos en bacteriuria asintomática y los aislados en pielonefritis aguda son similares a los encontrados en cistitis y bacteriuria asintomática. (24)

Los pacientes con bacteriuria por *Streptococcus* del grupo B deben recibir además tratamiento profiláctico con antibióticos en el intraparto.

Factores de Riesgo Asociados

- Estado socioeconómico bajo,
- Hemoglobina drepanocítica (Drepanocitemia),

- Antecedente pregestacional de infección del tracto urinario,
- Diabetes Mellitus y diabetes gestacional,
- Vejiga neurógena, cálculos renal o uretral,
- Multiparidad,
- Inmunodeficiencia. (24)

La ITU son clasificadas de diversas formas: alta o baja, aguda o crónica, no complicada o complicada, sintomática o asintomática, nueva o recurrente y comunitaria o nosocomial.

- **ITU baja:** Colonización bacteriana a nivel de uretra y vejiga que normalmente se asocia a la presencia de síntomas y signos urinarios, como urgencia, disuria, polaquiuria, turbidez y olor fétido de la orina. Incluye a la cistitis y uretritis.
- **ITU alta:** Presencia de signos y síntomas de ITU baja, asociada a colonización bacteriana a nivel uretral y del parénquima renal, con signos y síntomas sistémicos como, escalofríos, fiebre, dolor lumbar, náuseas y vómitos. En este grupo se encuentran las pielonefritis.

Clasificación de Infecciones Urinarias

Bacteriuria asintomática

Se define como la presencia de dos exámenes de urocultivo positivos consecutivos, con el mismo germen, con recuento igual o superior a 100.000 UFC/ml en un paciente asintomático. (21)

La complicación más importante es la pielonefritis aguda, además se ha demostrado relación con parto pretermino y bajo peso al nacer. (24)

Muchos estudios mostraron que la incidencia de la bacteriuria en el embarazo oscila entre un 4% y un 7%, aunque en ciertas subpoblaciones se han reportado tasas más bajas o más altas.

Las guías IDSA recomiendan que toda mujer embarazada sea tamizada para bacteriuria asintomática al menos una vez en el primer trimestre de la gestación. (21)

Si el cultivo es negativo se recomienda un nuevo cribado en mujeres de bajo riesgo. (28)

Si se detecta bacteriuria asintomática, se deben realizar cultivos de orina periódicos con posterioridad para evitar recidivas de las mismas ,debido a que se ha encontrado relación entre la bacteriuria asintomática y la pielonefritis que es la principal complicación de la misma durante el embarazo. (28)

Esas diferencias pueden ser explicadas por factores de riesgo tales como la edad, la actividad sexual, la paridad, la historia de infecciones urinarias recurrentes, o las características socioeconómicas de las poblaciones estudiadas. La prevalencia de bacteriuria asintomática es similar a la reportada en mujeres no embarazadas; por lo tanto, no se cree en el embarazo por sí mismo sea un factor predisponente en el desarrollo de esta enfermedad. Sin embargo, mientras que la bacteriuria asintomática en mujeres no embarazadas suele ser un proceso benigno que en muchos casos se resuelve espontáneamente, la obstrucción del flujo de orina y las modificaciones fisiológicas del embarazo descritas anteriormente favorecen la estasis y un mayor riesgo de pielonefritis (infección renal).

La historia natural de la bacteriuria en el embarazo ha sido extensamente estudiada. Se demostró que, cuando no está tratada, un 20% a un 40% de las madres desarrollarán pielonefritis aguda. Smail ha demostrado en una revisión sistemática de estudios controlados y aleatorios, un beneficio sustancial en la prevención del desarrollo de pielonefritis aguda, reduciéndola en un 76% (Odds Ratio[OR]: 0,24; IC95%:0,19 a 0,32) cuando la bacteriuria asintomática es tratada con antibióticos.

Mucha otra complicación del embarazo ha sido atribuida a la infección urinaria durante la gestación, incluyendo trabajo de parto y parto de pretermino, bajo peso al nacer y retardo en el crecimiento intrauterino. (24)

La *Echerichia coli* es el principal patógeno asociado a la bacteriuria asintomática, seguido de *Streptococcus agalactiae* y en tercer lugar de enterococo. Entre otros organismos se incluyen las bacterias gramnegativas y el estreptococo del grupo B. estas bacterias colonizan en el orificio vaginal y la zona periuretral. Las bacterias uropatogenas gramnegativas poseen factores de virulencia específicos que promueven tanto la colonización como la invasión de las vías urinarias, por ejemplo, las fimbrias P de determinadas cepas de *Echerichia coli*. La colonización vaginal por estreptococo del grupo B está asociada a infección urinaria materna.

Diagnóstico

Mediante un urocultivo con bacteriuria significativa de un solo germen uropatógeno en una paciente sin clínica urinaria.

Tratamiento

- Manejo en forma ambulatoria
- Tratamiento según resultado de urocultivo y sensibilidad del antibiograma.
- Antibioticoterapia: Tratamiento por 7 días.

Primera opción: Nitrofurantoina 100 mg c/6 horas, evitar el uso cerca al término (37 a 42 semanas) y durante el trabajo de parto por riesgo de

anemia hemolítica en el recién nacido con deficiencia de Glucosa 6-fosfato deshidrogenasa 13 .

- ✓ Cefalexina 500 mg c/6 horas .
 - ✓ Amoxicilina 500 mg c/8 horas o
- Timetropin/Sulfametoxazol 160/800 c/12 horas, no se recomienda su uso en el primer trimestre del embarazo por el riesgo de teratogenicidad (defectos del tubo neural) por interferencia en el metabolismo del ácido fólico; tampoco en el tercer trimestre por riesgo de hiperbilirrubinemia neonatal con kernicterus.

Según opción:

- Fosfomicina trometamol 3g.Oral /IM (dosis única).
- Urocultivo de control 1 semana de terminado el tratamiento.
- Pacientes que presentan episodios recurrentes de bacteriuria significativa recibirán supresión continua de antibióticos con nitrofurantoina 100 mg antes de acostarse o cefalexina 500mg por el resto del embarazo.

Uretritis y cistitis

La cistitis en el embarazo se considera una ITU primaria pues no se desarrolla a partir de una bacteriuria asintomática previa. Se observa hasta en el 1,5% de los embarazos. Desde un punto de vista microbiológico los gérmenes implicados son los mismos que los de las bacteriurias asintomáticas. (28)

La cistitis se caracteriza por disuria, polaquiuria, ardor miccional pujo y tenesmo vesical. La paciente no presenta fiebre o dolor lumbar. Frecuentemente la mujer relata orinas turbias y de mal olor. En ocasiones se puede presentar hematuria macroscópica, constituyendo la denomina cistitis hemorrágica. (21)

El 90% de los casos de cistitis se limitan a la vejiga sin asociación con problemas renales. El germen más frecuente hallado es la Echerichia coli y el que lo sigue, pero en una baja proporción es la chlamydia trachomatis.

Diagnóstico

Se basa principalmente por las manifestaciones clínicas y se debe incluir un urocultivo con bacteriuria.

Sedimento urinario con leucocituria (>10 leucocitos/ en cámara o > 3-5 leucocitos /campo de aumentos)

Urocultivo con >1.000UFC/ml, confirma el diagnostico. En la actualidad para el diagnóstico de este cuadro, no se considera preciso un urocultivo positivo

con > 100.000 UFC /ml para confirmar el diagnóstico; basta con >1.000UFC/ml si la clínica es sugestiva de infección del tracto urinario. (sego)

La cistitis asociada a dolor lumbar, signos sistémicos de infección y fiebre indica siempre afectación renal.

La cistitis asociada a dolor lumbar, signos sistémicos de infección y fiebre indica siempre afectación renal.

Hasta el 50% de mujeres con clínica de cistitis, el urocultivo es negativo y estos se denominan síndrome uretral agudo o cistitis bacteriuria y están asociados en ocasiones a chlamydia.

Pielonefritis

Es una infección de la vía excretora alta del parénquima renal de uno o ambos riñones, que suele presentarse durante el segundo y tercer trimestre de la gestación y es casi siempre secundaria a una bacteriuria asintomática no diagnosticada o tratada incorrectamente y que ocasiona signos u síntomas muy floridos que alteran el estado general de la paciente. Es una de las indicaciones más frecuentes de hospitalización durante el embarazo. (28)

Los síntomas clínicos de la pielonefritis son: fiebre, hipersensibilidad en el flanco, náuseas, vómitos, escalofríos, sudoración, hipersensibilidad del ángulo costo vertebral, puño percusión lumbar homolateral suele exacerbar el dolor. El 40% de pacientes tienen síntomas de infección del tracto urinario bajo principalmente disuria y polaquiuria. (24)

Las complicaciones se pueden presentar en la pielonefritis son : shock séptico, disfunción renal transitoria con creatinina mayor de 1 mg/dl ; disminución del hematocrito por hemolisis secundaria a endotoxinas ; insuficiencia respiratoria por edema pulmonar mediada por endotoxinas que provocan aumento de la permeabilidad de la membrana alveolo –capilar y que puede progresar a una condición de mayor morbilidad como el Síndrome de Distres Respiratoria del Adulto(SDRA),definido como una enfermedad de inicio aguda con infiltrado bilateral en una radiografía de tórax y presencia de hipoxemia sin evidencia de hipertensión pulmonar ,esta complicación se presentan en 1 a 8% de los casos de pielonefritis en la gestación y es más frecuente en pacientes con amenaza de parto pretermino que recibió tocólisis con Beta-agonistas.

Etiopatogenia: el útero grávido comprime y dilata ambos uréteres. El derecho se dilata en mayo medida debido a la dextrorrotacion del útero, lo que explica que en general la infección de unilateral y en mayor proporción afecte al riñón derecho. En la mayoría de las mujeres embarazadas la vía de infección es ascendente.

Diagnóstico

El diagnóstico se basa en las manifestaciones clínicas y se confirma con urocultivo con por lo menos 10,000 UFC/ml de un único uropatógeno de una muestra de chorro medio. (24)

Tratamiento

- Manejo en hospitalización
- Exploración obstétrica: tacto vaginal, monitoreo de latidos cardiacos fetales, evaluar presencia de dinámica uterina.
- Evaluar estado general de la paciente y monitorización periódica de las funciones vitales.
- **Solicitar:** ecografía obstétrica y renal más vías urinarias, hemograma, hemoglobina, pruebas de función renal, examen completo de orina, urocultivo previo al tratamiento antibiótico.
- Hidratación parenteral con cristaloides hasta conseguir diuresis mayor a 30 ml/ hora.
- Balance hidro-electrolítico o control de diuresis.
- Antipiréticos si temperatura es mayor de 38 °C, toma oral o su equivalente ; uso de medios físicos para bajar la temperatura.
- Iniciar tratamiento empírico
- Antibioticoterapia: tratamiento por 10 a 14 días
- Ceftriaxona 1 a 2 g ev c/24 horas o

- Cefazolina 1 a 2 g ev c/6 - 8 horas o
- Amikacina 15 mg/kg/día ev, valorar riesgo-beneficio por riesgo teórico de ototoxicidad y/o nefrotoxicidad fetal.
- Cefazolina 1 a 2 g ev c/8 horas más Gentamicina 5 mg/kg/día ev.
- Si fiebre o síntomas persisten más de 72 horas considerar: resistencia bacteriana, nefrolitiasis, absceso perirenal, celulitis intrarrenal, otras infecciones. Solicitar ecografía renal.
- Si paciente permanece afebril por más de 48 horas, cambiar antibióticos endovenosos a vía oral, valorar posibilidad de alta y continuar antibióticos vía oral por 14 días.
- Urocultivo de control 1 semana de terminado el tratamiento.
- Pacientes que presentan episodios recurrentes de bacteriuria significativa recibirán supresión continua de antibióticos con nitrofurantoina 100 mg antes de acostarse o cefalexina 500mg por el resto del embarazo. (24)

Recomendaciones para el diagnóstico de ITU en el embarazo

Solicitar urocultivo para el tamizaje de BA en las semanas 12 – 16 de gestación o en la primera consulta prenatal (29) en caso que la paciente acuda por primera vez a control prenatal, posterior a la fecha recomendada.

Aunque aún no se conoce el momento óptimo para realizar el urocultivo, ni la frecuencia, obtenido en las semanas 12-16 de gestación detectaría

aproximadamente el 80% de las pacientes con BA ; solo el 1-2% de las pacientes con urocultivo de tamizaje negativo en el primer trimestre desarrollaran pielonefritis durante el embarazo.

Exámenes auxiliares

Urocultivo: es el método estándar para el diagnóstico de infección del tracto urinario. La presencia de más especies, así como el aislamiento de bacterias generalmente no son uropatógenos indican contaminación. El urocultivo, debe enviarse al laboratorio cuanto antes o conservar la muestra a 4°C máximo 24 horas.

El análisis de sedimento urinario, en forma sistemática es impreciso y no debe usarse como recurso de estudio de bacteriuria durante el embarazo.

La actividad de esta tasa leucocitaria y la prueba nitritos utilizando tiras reactivas , tienen un rango de sensibilidad de 50% a 92% y valor predictivo positivo y valor predictivo negativo de 69% y 92% respectivamente .Su utilidad es limitada debido a que se necesitan altas concentraciones de bacterias para que resulten positivas. (24)

Infecciones genitales o vaginitis

Las infecciones vaginales constituyen una de las razones más frecuentes de consultas prenatales; y son corresponsables de un importante porcentaje de morbilidad materna y morbimortalidad perinatal, sobre todo en lugares de escasos recursos. Las mujeres embarazadas desarrollan de manera fácil infecciones vaginales debido a cambios funcionales y hormonales. (30)

Se trata de procesos sépticos no invasivos localizados en vagina y vulva, que tiene en común la existencia de leucorrea acompañada de prurito y ardor y en ocasiones de dispareunia. En la infección vaginal desempeña un papel importante los efectos estrogénicos sobre el epitelio vaginal y su contenido en glucógeno, el pH vaginal y el tipo de flora, especialmente la existencia o no del bacilo de Doderlein es importante recordar que la secreción vaginal de la mujer en la edad fértil es escasa, blanquecina, ácida, con un pH de 4 a 4,5, y que muestra en el extendido células descamadas cervicovaginales, algunos bacteroides y la presencia constante del lactobacilo de Doderlein.(flora tipo I). este bacilo mantiene la acidez del medio, sobre todo del tercio superior de la vagina, transformando el glucógeno en ácido láctico.

Durante el embarazo, las mujeres experimentan un aumento de las secreciones cervicales y vaginales debido a las modificaciones hormonales de la gestación, con un pH entre 4,5 y 5,5. El extendido muestra, además,

presencia de pirocitos y puede estar contaminado por bacilo coliformes, hongos, gardenella o, mycoplasma (flora tipo II). (22)

Los agentes más frecuentes de vulvovaginitis son: *Gardenella vaginalis*, *Trichomonas vaginalis* y la *cándida albicans*.

Vaginosis bacteriana

No es una infección en el sentido ordinario, pero la Vaginosis bacteriana es una mala distribución de la microflora vaginal normal. Se reduce el número de lactobacilos productores de peróxido de hidrogeno y las especies desarrolladas en exceso son bacterias anaerobias como *gardenella vaginalis*, *mobiluncus*, y algunas especies de bacteroides. Hasta 30% de mujeres no embarazadas tienen Vaginosis. (31)

Con la tinción de Gram, se determina y clasifican las concentraciones relativas de los morfotipos bacterianos característicos de la vaginosis bacteriana como calificación de Nugent.

La vaginosis bacteriana se ha relacionado con aborto espontaneo, parto prematuro, rotura prematura de membranas, corioamnionitis e infección del líquido amniótico. (31)

Los factores ambientales al parecer son importantes en la patogenia de la vaginosis bacteriana. La exposición al estrés crónico, las diferencias étnicas,

y las duchas frecuentes o recientes se han relacionado con incremento de las tasas de este trastorno. (31)

Características

- Flujo vaginal homogéneo y fino.
- Aumento del ph vaginal por encima de 4,5 por las aminas que producen las bacterias anaerobias
- Olor a pescado que se manifiesta cuando se mezcla el flujo con 1 a 2 gotas de hidróxido de potasio al 10%
- Presencia de células epiteliales vaginales con bordes oscurecidos por bacterias (clue cells) (22)

Sintomatología

Flujo grisáceo, maloliente, acompañado de prurito discreto y secreción fétida con “olor a pescado”. (22)

Tratamiento

El tratamiento referido es con metronidazol 500mg dos veces al día por vía oral durante 7 días. Son alternativas el gel de metronidazol al 0.75%, una dosis de aplicador de 250 mg por vía intravaginal tres veces al día durante 7 días o la crema de clindamicina al 2%, una dosis de aplicador insertada en la cavidad vaginal a la hora de acostarse durante 7 días.

Por desgracia, el tratamiento no reduce el parto prematuro y no se recomienda la detección sistemática habitual.

Tricomoniasis

Trichomonas vaginalis puede identificarse durante la exploración prenatal hasta el 20% de las mujeres. La vaginitis sintomática es mucho menos frecuente y se caracteriza por una leucorrea espumosa con prurito e irritación. Las tricomonas se demuestran con facilidad en las secreciones vaginales en fresco como microorganismos flagelados, de forma de pera, móviles que son un poco más grandes que los leucocitos. (31)

Influencia de la Tricomoniasis sobre el embarazo. La infección del recién nacido es infrecuente. Sin embargo, se ha responsabilizado a la infección cervicovaginal como factor de la rotura prematura de membranas. (22)

Sintomatología

Flujo espumoso, blanco –amarillento o verdoso, maloliente, acompañado de prurito vulvovaginal y en ocasiones de edema vulvar, dispareunia y micciones frecuentes. (22)

Diagnostico

Se efectúa mediante la identificación del flagelo por observación microscópica en fresco.

La secreción debe emulsionarse con una gota de solución fisiológica y observarse entre porta y cubreobjetos con el microscopio óptico. Las

tricomonas se visualizan fácilmente como elementos móviles de forma ovalada, rodeados de una membrana ondulante y varios flagelos. (22)

Tratamiento

El metronidazol (comprimidos de 500 mg). Un esquema de tratamiento consiste en dar a ambos cónyuges 2g de metronidazol (dosis única) y simultáneamente indicar un tratamiento local con tabletas vaginales de metronidazol, ornidazol, nimorazol o tinidazol durante 10 días. En las embarazadas se considera un porcentaje de curaciones del 80%. (22)

Cruza la placenta y entra a la circulación fetal no observaron ningún incremento de la frecuencia de anomalías congénitas en más de mil mujeres que recibieron metronidazol durante la primera etapa del embarazo. Aun así, muchos recomiendan no utilizar durante la primera etapa del embarazo.

Algunos estudios han asociado a la infección por tricomonas al parto prematuro. Por consiguiente, la detección sistémica y el tratamiento de las mujeres asintomáticas ya no se recomienda durante el embarazo. (22)

Candidiasis

Enfermedad inflamatoria de la vulva y la vagina producida por un hongo, *Cándida Albicans* , aunque en algunas ocasiones se han encontrado otros hongos como *Torulopsis glabrata* o *Arachnia propionica*, de similar sintomatología y tratamiento . (22)

Se puede identificar mediante cultivo de secreciones vaginales durante el embarazo en casi 25% de las mujeres. La colonización asintomática no necesita tratamiento, pero el microorganismo produce una secreción abundante e irritante en una vulva pluriginosa, hipersensible y edematosa. (22)

El embarazo aumenta la frecuencia de candidiasis (acción glucógena). La enfermedad se manifiesta después de las 20 semanas de gestación y suele desaparecer espontáneamente después del parto. Sin embargo, la infección materna puede propagarse en las salas de parto y de neonatología y es responsable del “muguet” del recién nacido.

Sintomatología

Flujo blanco, como “leche cortada”, que resalta sobre la mucosa vaginal enrojecida, acompañada de ardor intenso, dispareunia y también prurito que se extiende a la región vulvar e inguinal vecina.

Diagnóstico

Se efectúa por cultivo medio de Saubouraud incubado a temperatura ambiental. Por observación directa se visualizan en los cultivos colonias blanco – amarillentas de borde entero. La observación microscópica permite distinguir el seudomicelio y las clamidosporas que identifican a la especie *C. Albicans*. (22)

Tratamiento

Se administra una serie de cremas de compuestos azólicos que comprenden butoconazol al 2 %, clotrimazol al 1%, miconazol al 2%, iteconazol al 0.4 o al 0.8%. se recomienda el tratamiento tópico, aunque en general se considera inocuos los compuestos azólicos orales. El cotrimazol, el miconazol, la nistatina y el terconazol también están disponibles en comprimidos vaginales. En algunas mujeres es posible que la infección reaparezca y debe repetirse el tratamiento durante el embarazo. En estos casos la infección sintomática por lo general sede después del embarazo. (22)

No debe olvidarse el tratamiento clásico: limpieza de la mucosa vaginal con una torunda de algodón impregnada en solución de bicarbonato de sodio al 5%, seguida de pincelaciones con violeta genciana al 1% que, si bien son de uso más engorroso, resultan considerablemente más económicas que los preparados comerciales.

2.3 Definición de términos básicos

Parto Pretérmino: Parto antes de término (a partir del 6. ° mes del embarazo). Niño nacido entre la fecha de viabilidad legal (180° día de la gestación) y la 35° o 36° semana desde la concepción; su peso, generalmente es inferior a 2.200g.

Corioamnionitis: Es una infección del líquido amniótico y las membranas que lo contienen; también se denomina infección intraamniótica, infección ovular o amnionitis y puede ir acompañada de una ruptura prematura de membranas o con el saco amniótico completo.

Anteparto: Relativo al período que se extiende desde la fecundación hasta el momento del parto.

Rotura Prematura de Membranas: Es la rotura del saco amniótico antes de que comience el trabajo de parto. El saco contiene líquido amniótico y al bebé en desarrollo. Con la RPM, el líquido amniótico dentro del saco pierde o sale en grandes cantidades por la vagina. Esto también se conoce como “romper fuente”.

Infección: Invasión del organismo por gérmenes patógenos, que se establecen y se multiplican. Dependiendo de la virulencia del germen, de su concentración y de las defensas del huésped, se desarrolla una enfermedad infecciosa (causada por una lesión celular local, secreción de toxinas o por la reacción antígeno anticuerpo), una enfermedad subclínica o una convivencia inocua.

Infección del tracto urinario en el embarazo: Son más comunes durante el embarazo debido a los cambios en las vías urinarias. El útero se encuentra directamente en la parte superior de la vejiga. A medida que el útero crece, el aumento de su peso puede bloquear el drenaje de la orina desde la vejiga, causando una infección

Bacteriuria: Significa etimológicamente bacterias en la orina. Puede hablarse de bacteriuria significativa cuando el número de bacterias es superior a 100.000 por ml. de orina, carga bacteriana superior a la justificable por mera contaminación de la uretra anterior, por lo que debe sospecharse infección.

Cistitis: Es una infección de la vejiga o las vías urinarias inferiores. Aguda significa que la infección comienza de manera súbita.

Uretritis: es una inflamación (irritación con hinchazón y presencia de células inmunes adicionales) de la uretra (el conducto por el que se elimina la orina del cuerpo) que puede continuar durante semanas o meses. También se la conoce con el nombre alternativo de síndrome uretral.

Pielonefritis: Una pielonefritis (infección urinaria alta) es una infección del riñón que provoca la inflamación aguda o crónica de la pelvis renal y el tejido de los riñones. La causa más común es una infección urinaria baja que asciende a los riñones.

Infección genital o Vaginosis: Infecciones en el conjunto de órganos que están concebidos para la reproducción. Estas son causadas por factores endógenos, como higiene deficiente, falta de transpiración o incluso estrés, que conducen a un crecimiento exagerado de microorganismos de tracto genital. Pueden ser producidas por distintos patógenos: hongos, virus, bacterias y otros, siendo la infección por hongos (candidiasis) y la vaginosis bacteriana las que se producen con más frecuencia.

2.4 Hipótesis

Hipótesis general

Ha: Las infecciones genitourinarias son factores de riesgo predominante a la amenaza de parto pretermino en primigestas atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa - Ucayali. Julio – Diciembre.2018.

Ho: Las infecciones genitourinarias no son factores predominantes de riesgo a la amenaza de parto pretermino en primigestas atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa- Ucayali. Julio- diciembre. 2018.

2.5 Variables

Variable independiente

Infección genitourinaria.

Indicadores

Infecciones genitales.

- Vaginosis.
- Tricomoniasis.
- Candida.

Infección del tracto urinario.

- Alta (Pielonefritis).
- Baja (Bacteruria Asintomatica, uretritis y Cistitis.)

Variable dependiente

Amenaza de parto pretermino.

Indicadores

Amenaza de parto pre termino

- Si
- No

Variable Interviniente

Edad

- Edad en años

Procedencia

- Urbano
- Urbano marginal
- Rural

Grado de Instrucción

- Primaria
- Secundaria
- Superior

Control Prenatal

- Si N° de control
- No

CAPITULO III

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Ámbito de estudio

La presente tesis se llevó a cabo en el servicio de Emergencias ginecobstetricias del Hospital Regional de Pucallpa, ubicado en el Jr. Agustín Cauper N°358 en el distrito de Coronel Portillo, provincia de Pucallpa y departamento de Ucayali.

3.2 Tipo de investigación

Descriptivo observacional, porque no se llevó acabo la manipulación de variables.

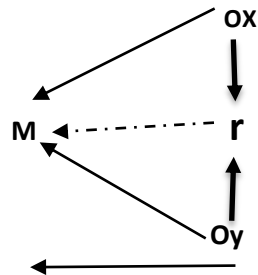
Analítico, el análisis estadístico por lo menos es bivariado; porque plantea y pone a prueba hipótesis, su nivel más básico establece la asociación entre factores.

Retrospectivo, los datos se recogen de registros donde el investigador no tuvo participación (secundarios). No podemos dar fe de la exactitud de las mediciones.

Transversal, todas las variables son medidas en una sola ocasión; por ello debe realizarse comparaciones, se trata de muestras independientes.

3.3 Diseño y esquema de investigación

El diseño fue de tipo no experimental, analítico relacional.

ESQUEMA:**LEYENDA:**

M= Muestra

Ox= Observación de la Var. Independiente.

Oy= Observación de la variable dependiente.

R= relación entre variables

3.4 Población y muestra**Población**

Se tomó como población referencial de estudio a todas las primigestas constituida por 1063, atendidas en el servicio de emergencias Gineco-obstétricas del Hospital Regional de Pucallpa- Ucayali. Julio- diciembre -2018.

Muestra

El tipo de muestreo fue no probabilístico y está conformada por 92 gestantes primigestas, las mismas que fueron agrupadas por presentar el diagnóstico de infección genitourinaria como factor de riesgo predominante a la amenaza de parto pretermino.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Primigestas con diagnóstico de amenaza de parto pretermino.
- Primigesta de 22 hasta las 36 6/7 semanas
- Gestantes primigestas.
- Primigestas ingresantes por el servicio de emergencia del hospital Regional de Pucallpa.
- Primigestas con producto único.
- Gestantes con historia clínica completa.

Criterios de exclusión

- Primigestas que no tiene diagnóstico de amenaza de parto pretermino.
- Primigestas menores de 22 semanas y mayores de 37 semanas.
- Gestantes no primigestas.
- Primigestas atendidas por consultorio en el Hospital Regional de Pucallpa.
- Gestantes con producto múltiple.
- Gestantes con historia clínica incompleta.

3.5. Unidad de análisis

Primigestas con diagnóstico de infección genitourinaria como factor de riesgo predominante a la amenaza de parto.

3.6. Técnicas e instrumentos de procesamiento de datos

Técnica: En el presente estudio se tuvo como técnica el análisis documental, en donde se revisaron historias clínicas de primigestas con diagnóstico de amenaza de parto pretermino.

Instrumento: Se elaboró una ficha de recolección de datos, que consistió en un formulario diseñado por el investigador el cual fue validado por el juicio de 5 expertos.

3.7. Técnicas estadísticas: Prueba de hipótesis se realizará con Chi cuadrado.

$$\chi^2_{calc} = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

Donde: χ^2 = Chi cuadrado \sum = Representa suma

f_o = Valores observados f_e = Valores esperados

El estudio se inició con la construcción de instrumentos de recolección de información para lo cual se convocó a un equipo formado por cinco

expertos en investigación y en gineco obstetricia, para aplicar la técnica Delphi en la valoración del contenido y constructo del instrumento.

El contenido del instrumento ha sido validado por el juicio de 5 expertos.

Expertos	Calificación Cuantitativa	Calificación Cualitativa
Med. G.O. Gutarra Vara José	20	Bueno
Mg. Carrillo y Espinoza Carlos A	20	Bueno
Mg. Córdova Ruiz Ruth	20	Bueno
Mg. Tueros Espinoza Julio	18	Bueno
Mg. Maque Ponce Andy	20	Bueno
Total	19	Bueno

Para La validez de la consistencia interna se utilizó el Coeficiente Alfa de Cronbach el mismo que mostró la confiabilidad moderada del instrumento con un valor de 0,900.

Escala de Fiabilidad

Alfa de Cronbach	N° de Elementos
0,900	11

Criterio de Confiabilidad	Valores
No es confiable	16
Baja confiabilidad	-1 a 0
Moderada confiabilidad	0,01 a 0,49
Fuerte confiabilidad	0,5 a 0,75
Alta confiabilidad	0,76 a 0,89
Alta confiabilidad	0,9 a 1

3.8. Aspecto ético.

En el presente trabajo de investigación, se ha respetado los principios éticos de la investigación en seres humanos, donde las investigadoras han cumplido con el principio de confidencialidad, en la que no se ha divulgado datos, ya que las historias clínicas fueran revisadas de manera anónima.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

4.1 Relato y descripción de la realidad observada

Los resultados están en relación a las variables dependiente, independiente e interviniente.

Tabla N° 01

PRIMIGESTAS SEGÚN GRUPO ETÁREO ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO-OBSTÉTRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA- UCAYALI. JULIO A DICIEMBRE DEL 2018.

Grupo etéreo	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
12 a 17 años	31	33,7
18 a 29 años	55	59,9
30 a 59 años	06	6,5
Total	92	100,0

Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

Interpretación: En la presente tabla se observa la frecuencia del grupo etéreo de 92 primigestas atendidas en el servicio de emergencias Gineco-Obstétricas del Hospital Regional de Pucallpa; presentando que el 59,9% (55) tienen edades entre 18 a 29 años; el 33,7% (31) son entre 12 a 17 años y el 6,5% (06) son de 30 a 59 años.

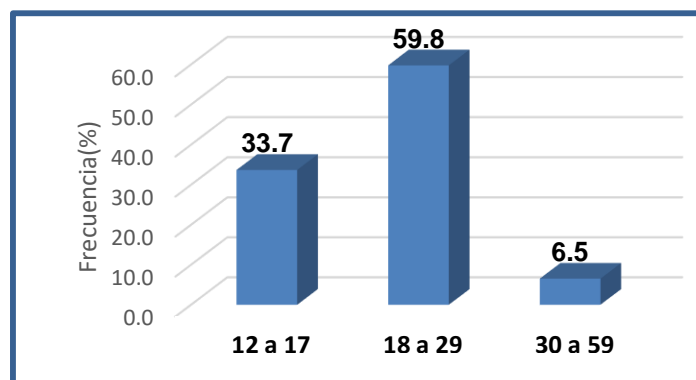


Figura N° 01. Grupo etéreo

Tabla N° 02

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO-OBSTÉTRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA- UCAYALI, JULIO A DICIEMBRE DEL 2018.

Grado de instrucción	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Primaria	21	22,8
Secundaria	55	59,8
Superior	16	17,4
Total	92	100,0

Fuente: ficha recolección de datos

Elaboración propia

Interpretación: En la presente tabla se observa que de las 92 (100%) de primigestas atendidas en el servicio de emergencias gineco-obstétricas del Hospital Regional de Pucallpa el 59,8% (55) tienen grado de instrucción secundaria 22,8% (21) primaria y solo el 17,4 % (16) con grado de instrucción superior. Teniendo en mayor porcentaje las de nivel secundaria y en menor porcentaje el nivel superior.

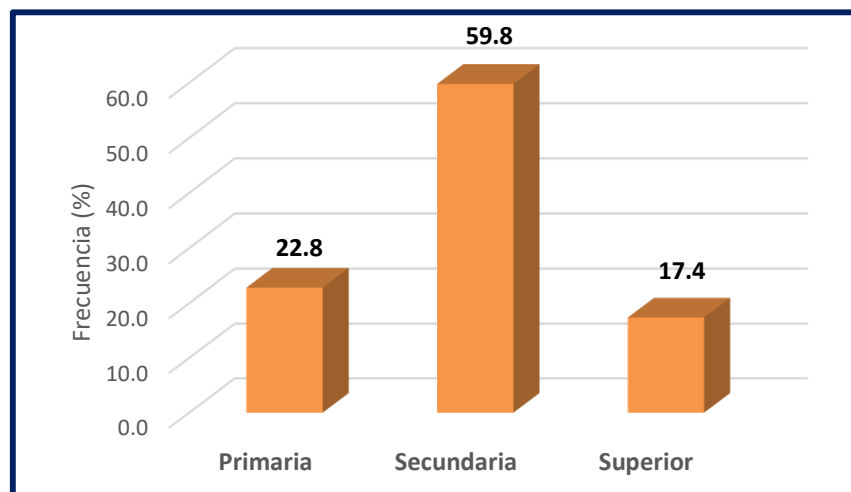


Figura N° 02. Grado de instrucción

Tabla N° 03

LUGAR DE PROCEDENCIA DE LAS PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO-OBSTÉTRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA- UCAYALI, JULIO A DICIEMBRE DEL 2018.

Lugar de procedencia	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Rural	07	7,6
Urbano	42	45,7
Urbano marginal	43	46,7
Total	92	100,0

Fuente: ficha recolección de datos

Elaboración propia

Interpretación: En la presente tabla se observa el lugar de procedencia de 92 primigestas atendidas en el servicio de emergencias gineco-obstétricas del hospital Regional de Pucallpa; donde el 46,7% (43) son de la zona urbano marginal, el 45,7 (42) urbano y solo el 7,6% (07) de la zona rural.

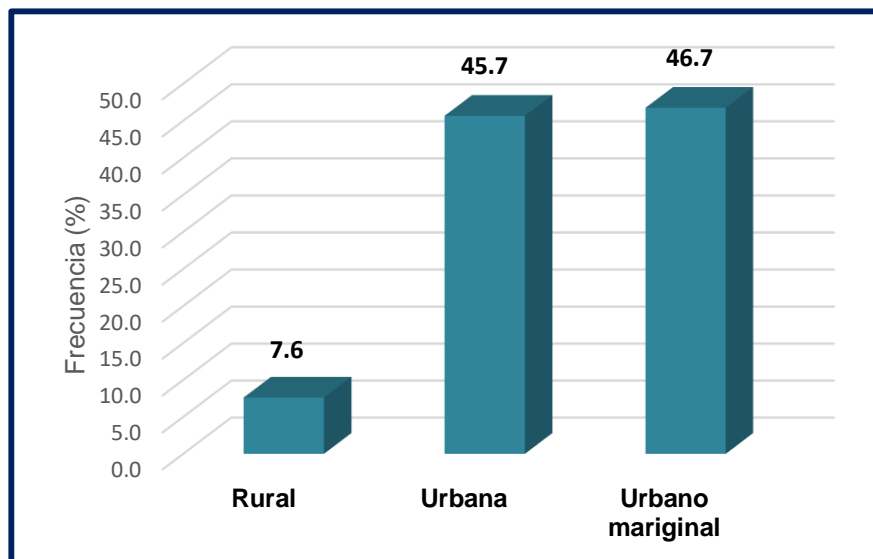


Figura N° 03.Lugar de procedencia

Tabla N° 04

CONTROL PRENATAL DE LAS PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO-OBSTÉTRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA- UCAYALI, JULIO A DICIEMBRE DEL 2018.

Control prenatal	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Si	83	90,2
No	09	9,8
Total	92	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

Elaboración propia

Interpretación: En la presente tabla se observa el control prenatal de 92 primigestas atendidas en el servicio de emergencias gineco-obstétricas del Hospital Regional de Pucallpa ;donde el 92,2% si tuvo control prenatal mientras que el 9,8% no tuvo.

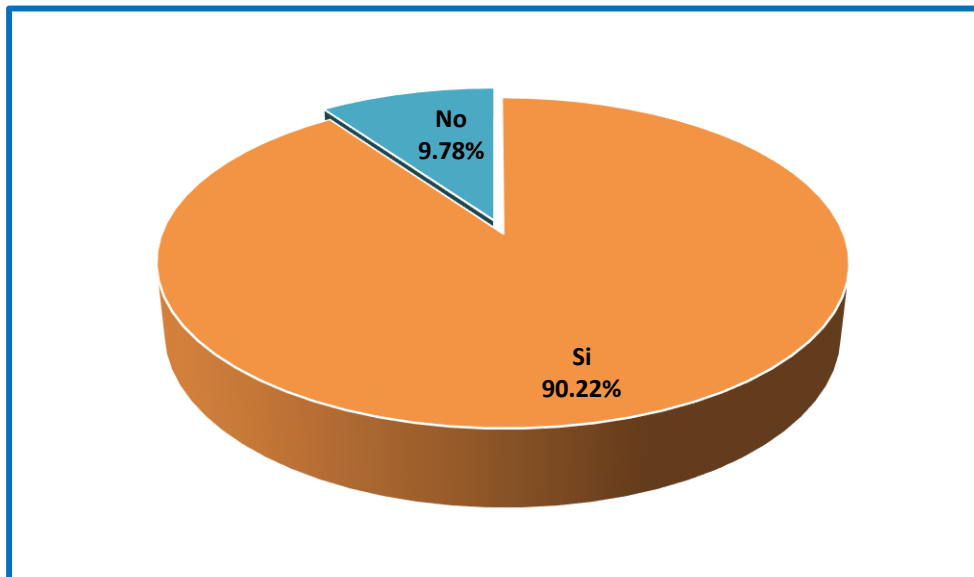


Figura N°04.Control prenatal

Tabla N° 05

EDAD GESTACIONAL DE LAS PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO-OBSTÉTRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA- UCAYALI, JULIO A DICIEMBRE DEL 2018.

Edad gestacional	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
28 a 31 semanas	30	32.6
32 a 33 semanas	12	13
34 a 37 semanas	50	54.3
Total	92	100,0

Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

Interpretación: En la presente tabla se observa la edad gestacional de 92 primigestas atendidas en el servicio de emergencias gineco-obstétricas en el Hospital Regional de Pucallpa; con el 54.3% (50) de 34 a 37 semanas , 32.6% (30) de 28 a 31 semanas y 13% (12) con 32 a 33 semanas de gestación.

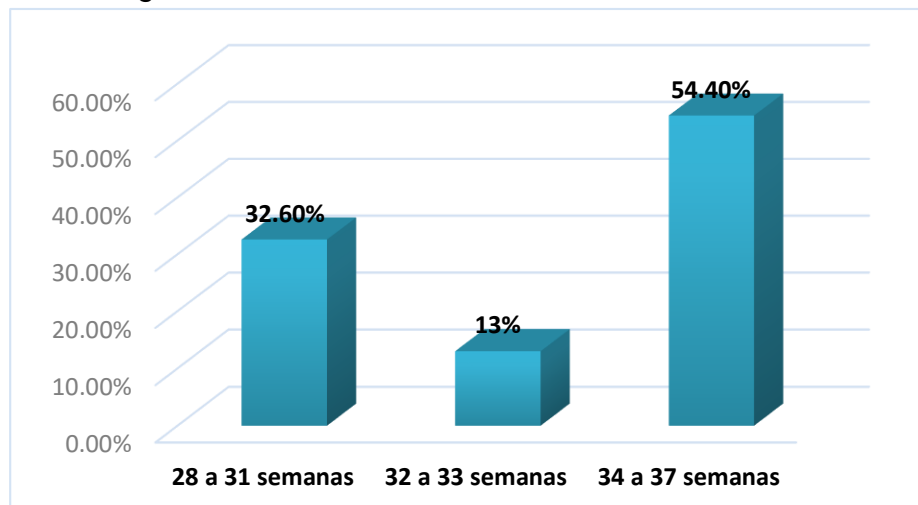


Figura N° 05. Edad gestacional

Tabla N° 06

INFECCIONES GENITALES DE LAS PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO-OBSTÉTRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA- UCAYALI, JULIO A DICIEMBRE DEL 2018.

Infección genital	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Candidiasis	05	5,4
Tricomoniasis	12	13,0
Vaginosis bacteriana	14	15,2
Ninguno	61	66,3
Total	92	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

Elaboración propia

Interpretación: En la presente tabla se observa la presencia de infección genital en las 92 primigestas atendidas en el servicio de emergencias gineco-obstétricas del Hospital Regional de Pucallpa; observándose que el 15%(14) tenían vaginosis bacteriana, 13%(12) Tricomoniasis, el 5,4% (5) candidiasis y en un porcentaje de 66,3% (61) no presentó ninguna infección.

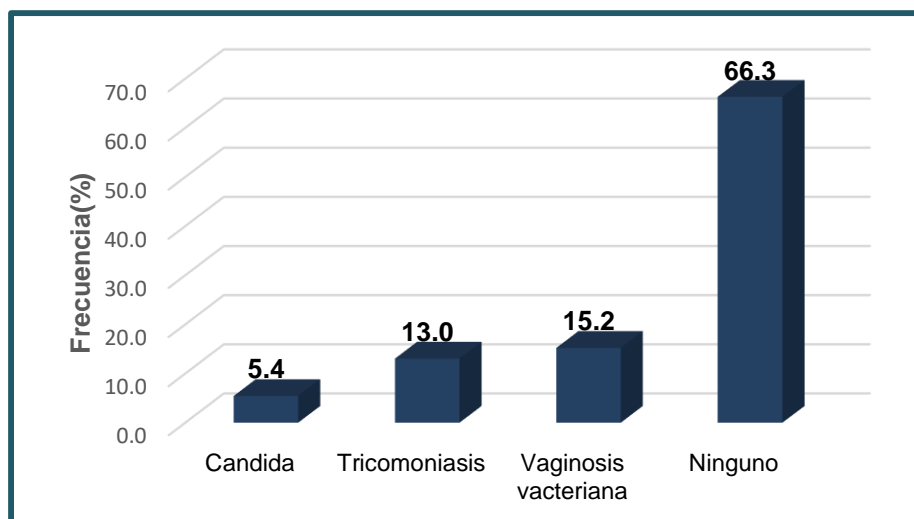


Figura N°06. infección genital

Tabla N° 07

TIPO DE INFECCIÓN URINARIA DE LAS PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO-OBSTÉTRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA-UCAYALI, JULIO A DICIEMBRE DEL 2018.

Infección urinaria	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Alta	12	13,0
Baja	57	62,0
Ninguna	23	25,0
Total	92	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

Elaboración propia

Interpretación: En la presente tabla se observa la presencia de infección urinaria en las 92 primigestas atendidas en el servicio de emergencias gineco-obstétricas donde el 62% (57) presentó infección urinaria baja y el 13% (12) alta mientras que el 25% (23) no presento infección urinaria.

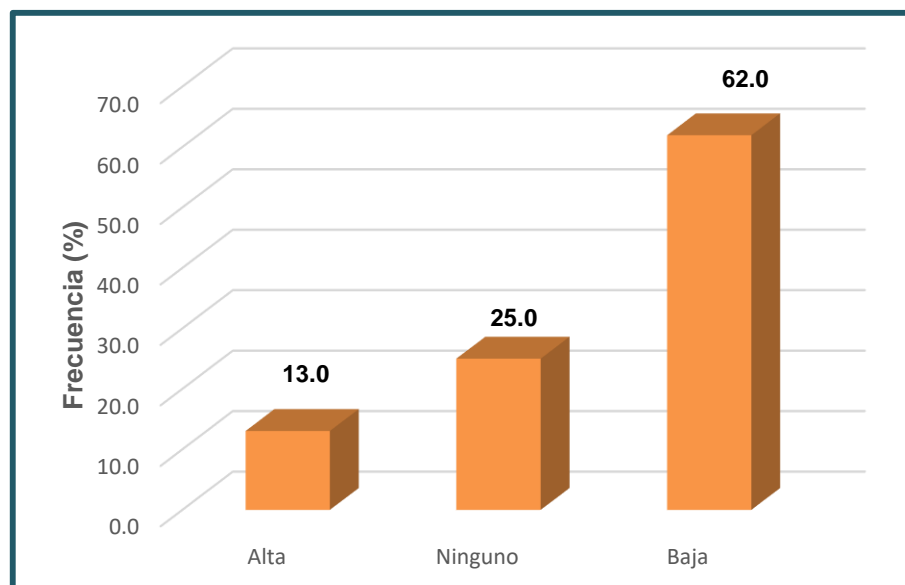


Figura N° 07. Infección urinaria

Tabla N° 08

DIAGNÓSTICO DE AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO EN LAS PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO-OBSTÉTRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA-UCAYALI. JULIO A DICIEMBRE DEL 2018.

Amenaza de parto pre término	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Si	33	35,9
No	59	64,1
Total	92	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

Elaboración propia

Interpretación: En la presente tabla se observa primigestas que se atendieron en el servicio de emergencias gineco-obstétricas del Hospital Regional de Pucallpa donde 64,1% no presentaron este diagnóstico; mientras que el 35,9% si presento amenaza de parto pre término.

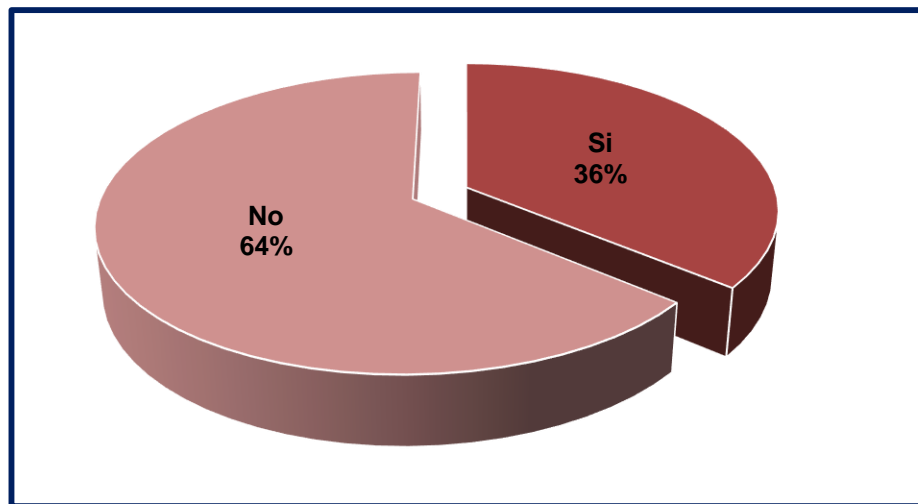


Figura N° 08. Amenaza de parto pretermino

4.2 Comprobación de hipótesis

Tabla N°09

Tabla de contingencia para observar la asociación que existe entre la infección genital como un factor de riesgo predominante y la amenaza de parto pre término en las primigestas atendidas en el servicio de emergencias gineco-obstétricas del Hospital Regional de Pucallpa-Ucayali, julio a diciembre del 2018.

Infección genital	Amenaza de parto prematuro				Total	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Si	12	13,0	19	20,7	31	33,7
No	21	22,8	40	43,5	61	66,3
Total	33	35,9	59	64,1	92	100,0

$$X^2 = 7,164 (p = 0,001)$$

Planteamiento de Hipótesis

H₀: Las infecciones genitales no son factor de riesgo predominante para la amenaza de parto pre término en primigestas atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa- Ucayali. Julio- Diciembre. 2018.

H₁: Las infecciones genitales son factor de riesgo predominante para la amenaza de parto pre término en primigestas atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa- Ucayali. Julio- Diciembre. 2018.

Nivel de Significancia (Alfa)	5%=0,05
Prueba Estadística	Chi - Cuadrado

Valor de $p = 0,01$

Conclusión:

Con una probabilidad de error del 0.1% existe asociación de dependencia entre las infecciones genitales como factor de riesgo y la amenaza de parto pre término.

Interpretación:

En el Hospital Regional de Pucallpa la amenaza de parto pre término se encuentra asociada a las infecciones genitales, por lo tanto, se confirma que las infecciones genitales son un factor de riesgo asociado, pero no son predominantes.

Tabla N° 10

Tabla de contingencia para observar la influencia de la infección urinaria para la amenaza de parto pre término en las primigestas atendidas en el servicio de emergencias gineco-obstétricas del Hospital Regional de Pucallpa- Ucayali, julio a diciembre del 2018.

Infección urinaria	Amenaza de parto prematuro				Total	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Si	24	26,1	45	48,9	69	75,0
No	09	9,8	14	15,2	23	25,0
Total	33	35,9	59	64,1	92	100,0

$$X^2 = 5,650 (p = 0,002)$$

Planteamiento de Hipótesis

H₀: La infección urinaria no son factor de riesgo predominante para la amenaza de parto pre término en primigestas atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa- Ucayali. Julio- Diciembre. 2018.

H_i: Las infección urinaria es factor de riesgo predominante para la amenaza de parto pre término en primigestas atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa- Ucayali .Julio- Diciembre. 2018.

Nivel de Significancia (Alfa)	5%=0,05
Prueba Estadística	Chi - Cuadrado

Valor de $p = 0,02$

Conclusión:

Con una probabilidad de error del 0.2% existe asociación entre las infecciones urinarias y la amenaza de parto pre término.

Interpretación:

En el Hospital Regional de Pucallpa la amenaza de parto pre término se encuentra asociada a las infecciones urinarias, por lo tanto, se confirma que las infecciones urinarias son un factor de riesgo predominante. Aprobando la hipótesis de investigación.

DISCUSIÓN

El presente estudio tiene como objetivo principal conocer la asociación que existe entre las infecciones genitourinarias como un factor de riesgo predominante a la amenaza de parto pretérmino en primigestas atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa- Ucayali. Julio- Diciembre. 2018; para ello en primer orden se presenta los resultados de las características sociodemográficas. En el presente estudio según la tabla N° 01 el grupo etáreo que se presentó con mayor frecuencia fue entre 18 a 29 años, mientras que para Balladares T y Chacón J en Ecuador en su estudio sobre prevalencia y factores de riesgo del parto pretérmino la edad más frecuente fue de 21 a 28 años. Coincidentemente Taipe H.A en Puno y Obregozo P.Z en Lima, en sus estudios sobre el mismo tema coincidieron en la edad de 20 a 34 años con mayor frecuencia.

Respecto al grado de instrucción la tabla N° 02 de 92 pacientes el 59,8% fueron de educación secundaria, coincidimos no en el mismo porcentaje, pero si en el porcentaje mayoritario con Taipe H.A en su estudio realizado en Puno sobre factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el año 2018, donde el 65,8% tuvieron el grado de instrucción secundaria; en un estudio similar en Ucayali en el año 2015, Lucero menciona que el 39,55% fueron de educación secundaria incompleta.

Otras de las características estudiadas fue el lugar de procedencia y los resultados encontrados en la tabla N° 03 de un total de 92 primigestas el

46,7% fueron procedentes de la zona urbano marginal, el 45% de la zona urbano y 7,6% rural al comparar con el estudio de Lima O. en Huancavelica en su estudio sobre factores de riesgo desencadenantes del parto pretérmino encontramos que el 54% de su muestra fueron de procedencia rural y el 46% de zona urbana. En otro estudio similar realizado por Paredes L.W en Pucallpa menciona que el 39,7% de su población fueron de la zona urbana(Callería).

En segundo orden se analiza los resultados de las características obstétricas encontrando respecto al control prenatal en la tabla N° 04, el 92,2% si tuvo control prenatal mientras que el 9,8% no tuvo; en un estudio similar en Ucayali en el año 2015, Justo y Lucero encontraron que el 12.69% gestantes no tuvieron atenciones prenatales y en mayor porcentaje 27,24% solo recibieron de 3 a 4 atenciones prenatales; coincidiendo con Recalde en Ecuador en su estudio Factores Maternos que Inciden en la Amenaza de Parto Pretermino, con un porcentaje 45% y un número de 3 a 4 controles prenatales.

Otras de las características estudiadas fue la edad gestacional donde se observa que el mayor porcentaje es de 54.3% fueron de 34 a 37 semanas y el 13% con 32 a 33 semanas de gestación siendo el de menor porcentaje; al comparar con el estudio de Taipe Factores de Riesgo Asociado a Parto Pretermino encontró que de 114 gestantes con parto pretermino, la incidencia fue de 8%, donde presento un mayor porcentaje con un 72,8% con edad gestacional entre 32 a <37 semanas.

A continuación, discutiremos los resultados principales del presente estudio en primera instancia sobre el objetivo específico identificar las infecciones genitales como un factor de riesgo predominante a la amenaza de parto pretérmino. En la tabla N° 06 nos muestra que $\chi^2=7,164$ y un $p = 0,001$ que las infecciones genitales son factores de riesgo predominante para la amenaza de parto pretérmino, al comparar con estudios anteriores coincidimos con Balladares T. en su estudio Prevalencia y factores de riesgo del parto pretérmino en el Hospital Vicente Corral Mossco en Ecuador donde menciona que las infecciones genitales(vaginosis 12,6%) si es un factor de riesgo. Del mismo modo para Rengifo P.S en Tarapoto el año 2019 con $p = 0,010$ menciona que la infección genital es un factor. Quien también coincide con nuestros resultados es Lucero V.M. al estudiar sobre los factores predisponentes del parto pretérmino en el Hospital Amazónico – Ucayali donde encontró a la infección genital (vaginosis bacteriana) como un factor. Otro de los factores estudiados fue la infección urinaria tablas N° 07 y N° 10 donde nos muestran que con un $X^2 = 5,650$ y $P = 0,002$ que la infección urinaria es un factor de riesgo asociado a la amenaza de parto pretérmino, en cuanto a este factor encontramos estudios que coinciden pero también que difieren del nuestro, por el lado coincidente se encuentran: Balladares T en Ecuador en el año 2016, Rengifo P.S. en Tarapoto en el año 2019, Lima O.N. en Huancavelica en el año 2018, Guadalupe H.S. en Lima el año 2017 (12), Mayhuasca R.W. en Huancayo en el año 2017, Orbegozo P.Z en Lima en el

año 2016, todos estos investigadores encontraron que las infecciones urinarias son factores de riesgo para la amenaza de parto pretérmino mientras quien difiere con nuestros resultados es Alarcón T.D ,en su estudio titulado Factores asociados a parto pretérmino en el Hospital de Trujillo en el año 2018 con $P = 0,692$ que indica que no hay significancia para decir que la infección urinaria sea un factor de riesgo.

CONCLUSIONES

1. Las características sociodemográficas identificadas en las primigestas del Hospital Regional de Pucallpa- Ucayali durante el periodo de julio a diciembre del 2018: pertenecen a un grupo etáreo de 18 a 29 años, con grado de instrucción secundaria y procedentes de la zona urbano marginal.
2. Las características obstétricas identificadas en las primigestas del Hospital Regional de Pucallpa- Ucayali durante el periodo de julio a diciembre del 2018 donde: en mayor porcentaje se encontró a primigestas que sí tuvieron control prenatal, presentando en promedio una edad gestacional entre las 34 a 37 semanas.
3. En cuanto a las infecciones genitales se determinó que no son un factor de riesgo predominante, sin embargo, es un factor de riesgo asociado a la amenaza de parto pretérmino.
- 4.- En cuanto a las infecciones urinarias se determinó que son un factor con mayor predominancia asociado a amenaza de parto pre término.
- 5.- Las infecciones genitourinarias son factores de riesgo asociados a la amenaza de parto pretérmino, siendo la infección urinaria la más predominante.

SUGERENCIAS

De acuerdo a las conclusiones se sugiere:

1. Este trabajo confirmar la teoría y reafirmar otros estudios, contribuyendo al estudio epidemiológico de la amenaza de parto pretérmino en la región de Ucayali.
2. A los profesionales obstetras, tomar en cuenta este dato para un mejor estudio de la epidemiológica de la amenaza de parto en la región de Ucayali.
3. Al profesional obstetra del Hospital Regional de Pucallpa, concientizar a las gestantes y población en general, a través de actividades de promoción, programas y talleres educativos sobre infecciones de transmisión sexual con el fin de mejorar hábitos de higiene personal y sexual.
4. Al profesional obstetra del Hospital Regional de Pucallpa, captar a las gestantes en el primer trimestre, identificando de manera oportuna las infecciones urinarias en el control prenatal, concientizando la importancia de realizarse los exámenes de laboratorio en el momento que se les indique dichos exámenes, que con ello estaremos reduciendo las amenazas de parto pretérmino y en consecuencia los partos pretérminos.

5. A la comunidad científica obstétrica, profesional obstetra y a los educadores de la universidad. Tomar en cuenta el resultado de la presente investigación para el estudio de la magnitud del problema o para el estudio de la epidemiología de la amenaza de parto pretermino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. [Online].; 2016 [cited 2017 Septiembre 5. Available from: https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi97969oMbWAhVM7CYKHWtMAaoQFggkMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fmediacentre%2Ffactsheets%2Ffs363%2Fes%2F&usg=AFQjCNFIso7Yxjw3AZ0pkzGHN5J6k_BD5w.
2. Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran AP, Mirialdi M, Harris Requejo J, et al. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2010 [cited 2019 Junio 12. Available from: <https://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554-ab/es/>.
3. MINSA. Ministerio de Salud. [Online].; 2016 [cited 2019 junio 19. Available from: [file:///C:/Users/Notebook/Downloads/Boletin_CNV_16%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Notebook/Downloads/Boletin_CNV_16%20(1).pdf).
4. MINSA. [Online].; 2016 [cited 2017 Septiembre 5. Available from: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/01-manual-registroCNV.pdf>.
5. Balladares Tapia FyCJV. REPOSITORIO INSTITUCIONAL UNIVERSIDAD DE CUENCA. [Online].; 2016 [cited 2019 MARZO 29. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/25572>.
6. Recalde Bermeo M. REPOSITORIO. [Online].; 2014 [cited 2019 Marzo 29. Available from: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7981/1/Manuel%20Ricardo%20Recalde%20Bermeo.pdf>.

7. Rengifo Pinedo S. ALICIA. [Online].; 2019 [cited 2019 abril 4. Available from: <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/UNSM/3213>.
8. Taipe Huaman A. ALICIA. [Online].; 2018 [cited 2019 Marzo 15. Available from: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/8997>.
9. Lima Orosco N. ALICIA. [Online].; 2018 [cited 2019 marzo 27. Available from: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/1701>.
10. Abanto Valencia D. ALICIA. [Online].; 2018 [cited 2019 mayo 26. Available from: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/24847>.
11. Alarcon Tarrillo D. RENATI. [Online].; 2018 [cited 2019 marzo 27. Available from: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/9949>.
12. Guadalupe Huaman SM. ALICIA. [Online].; 2017 [cited 2019 marzo 28. Available from: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/746>.
13. Mayta Checasaca NE. ALICIA. [Online].; 2017 [cited 2019 marzo 29. Available from: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/6152>.
14. R MWyY. RENATI. [Online].; 2017 [cited 2019 marzo 29. Available from: <http://repositorio.uncp.edu.pe/handle/UNCP/1551>.
15. Orbegozo Portocarrero Z. RENATI. [Online].; 2016 [cited 2019 marzo 29. Available from: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/570>.
16. Yohanna CC. ALICIA. [Online].; 2016 [cited 2019 marzo 29. Available from: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4712>.

17. Sánchez Pacheco K. ALICIA. [Online].; 2016 [cited 2019 marzo 29. Available from: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/1052>.
18. Paredes Leveau W. ALICIA. [Online].; 2018 [cited 2019 MARZO 30. Available from: <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/7533>.
19. Justo Augusto AyLVM. RENATI. [Online].; 2016 [cited 2019 marzo 30. Available from: <http://repositorio.unheval.edu.pe/handle/UNHEVAL/542>.
20. Cabero L. Parto Prematuro Alberto Alcocer 22, editor. Buenos Aires; Madrid.: Medica Panamericana; 2006.
21. Sanchez P. OBSTETRICIA. Cuarta Edicion ed. Villasante MPM, editor. SANTIAGO DE CHILE: MEDITERRANEO Ltda.; 2011.
22. Schwars R FRDC. Obstetricia. sexta ed. Buenos Aires: el ateneo; 2009.
23. Alcides CB ea. Obstetricia Integral siglo XXI. Tomo II Mario Orlando Parra Pineda EAM, editor. colombia: German Enrique Perez M.D. MSc.; 2010.
24. Guías Atención Clínica y Procedimientos Obstetricia Y Perinatología. Instituto Nacional Materno Perinatal. [Online].; 2018 [cited 2019 mayo 8. Available from: [www.Guías Atención Clínica y Procedimientos Obstetricia Y Perinatología.2018.pdf](http://www.Guías%20Atención%20Clínica%20y%20Procedimientos%20Obstetricia%20Y%20Perinatología.2018.pdf).
25. Dirección Nacional De Maternidad De Infancia. Amenaza de Parto Pretermino, Atención de Parto Pretermino Espontaneo y Rotura Prematura de membranas. [Online].; 2015 [cited 2019 MAYO 10. Available from:

- <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000710cnt-guia-parto-pretermino.pdf>.
26. Guia de Practica Clinica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatologia. Google Academico. [Online].; 2010 [cited 2018 febrero 3. Available from: [file:///C:/Users/Notebook/Downloads/650t%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Notebook/Downloads/650t%20(4).pdf).
27. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Acog.org. [Online].; 2016 [cited 2019 marzo 15. Available from: <https://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/Trabajo-de-parto-prematuro-y-parto-prematuro?IsMobileSet=false>.
28. SEGO. Elsevier Doyma. [Online].; 2013 [cited 2019 mayo 17. Available from: file:///C:/Users/Notebook/Downloads/Protocolo_SEGO._INFECCION_URINARIA_Y_GES.pdf.
29. American College of Obstetricians and Gynecologists. Acog.org. [Online].; 2019 [cited 2019 abril 23. Available from: <https://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/Infecciones-de-las-vias-urinarias?IsMobileSet=false>.
30. http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/guias%202014/GPC%20Infeccion_vaginal_obstetrica.pdf. [Online].; 2014 [cited 2017 octubre 3. Available from: www.guia.com.

31. Williams. Williams Obstetrics. Veintitresava ed. Obregon A, editor. Mexico: MsGRACW-HILL INTERAMERICANA EDITORES ,S.A.de CV; 2010.
32. ANALISIS SITUACIONAL DE SALUD- HUANUCO DEPARTAMENTO. [Online].; 2016 [cited 2017 octubre 4. Available from: www.ASIS.UCAYALI.DEPARTAMENTO.PDF.

ANEXOS

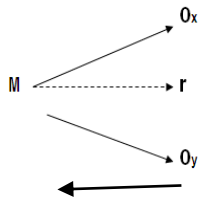
ANEXO 01
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE		DIMENSIONES	TIPO	ESCALA	INDICADOR	CATEGORÍA O VALOR FINAL	FUENTE	ÍTEMS DEL INSTRUMENTO	
Variable independiente	Infecciones genitourinarias	Infecciones genitales.	Cualitativa	Nominal	Presencia de signos y síntomas:	• Vaginosis bacteriana Si () No ()	Historia Clínica	3.1	
					• Flujo grisáceo ,maloliente ,acompañado de prurito y secreción fétida con olor a pescado.	Presencia de signos y síntomas:			• Trichomona vaginalis SI () NO ()
					• Flujo espumoso ,blanco – amarillento o verdoso , maloliente, acompañado de prurito vulvovaginal.	Presencia de signos y síntomas:			• Candida Si () No ()
		• Leucocitos >8 por campo.			Baja (Bacteruria Asintomatica, uretritis y Cistitis)	3.2			
		• Leucocitos >10 por campo. • Mas fiebre >38 °C , puño percusión positivo			Alta (Pielonefritis)				
Infección del tracto urinario.									

					,náuseas, vómitos, escalofríos,			
Variable Dependiente	Amenaza de parto pretermino	Amenaza de parto pretermino	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 1 cada 10 minutos, de 25-30". • Borramiento del cuello uterino de 50 % o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Historia Clínica	4.1.
Variable Interviniente		Características sociales	Cuantitativa	Intervalo	Edad	Edad en años		1.1
			Cualitativa	nominal	Procedencia	Urbano Urbano marginal Rural		1.3
			Cualitativa	Ordinal	Grado de Instrucción	Primaria Secundaria Superior		1.2
		Características obstétricas	Cualitativa	Nominal	Control Prenatal enfocada	Si N°de control No		2.1
			Cualitativa	Ordinal	Edad gestacional	N° de edad gestacional		2.2

ANEXO 02
MATRIZ DE CONSISTENCIA
INFECCIÓN GENITOURINARIA COMO FACTOR DE RIESGO PREDOMINANTE A LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN PRIMIGESTAS
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA-UCAYALI. JULIO-DICIEMBRE .2018.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES	DIMENSIONES	DISEÑO Y ESQUEMA DE INVESTIGACIÓN	METODOLOGÍA
<p>Problema General</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es la asociación que existe entre las infecciones genitourinarias como un factor de riesgo predominante a la amenaza de parto pretérmino en primigestas atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa – Ucayali .Julio– Diciembre.2018? <p>Problemas específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuáles son las infecciones urinarias como factor de riesgo predominante a la amenaza de parto pretérmino en primigestas atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa – Ucayali .Julio– Diciembre. 2018?. ¿Cuáles son las infecciones genitales como factor de riesgo predominante a la 	<p>Objetivo General</p> <ul style="list-style-type: none"> Conocer la asociación que existe entre las infecciones genitourinarias como un factor de riesgo predominante a la amenaza de parto pretérmino en primigestas atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa – Ucayali. Julio– Diciembre. 2018. <p>Objetivos específicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar las infecciones urinarias como factor de riesgo predominante a la amenaza de parto pretérmino en primigestas atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa – Ucayali durante el periodo de Julio– Diciembre.2018. 	<p>Hipotesis de investigación (Hi)</p> <p>Hi: Las infecciones genitourinarias son factores de riesgo predominante a la amenaza de parto pretérmino en primigestas atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa - Ucayali. Julio – Diciembre.2018.</p> <p>(Ho). Las infecciones genitourinarias no son factores predominantes de riesgo a la amenaza de parto pretérmino en primigestas atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa - Ucayali.</p>	<p>V.Dependiente. Amenaza de Parto pretérmino</p> <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> Si No <p>V. Independiente. Infecciones de tracto genitourinario</p> <p>Indicadores:</p> <p>Infecciones genitales</p> <ul style="list-style-type: none"> Vaginosis Tricomoniasis Candida <p>Infección del tracto urinario.</p> <ul style="list-style-type: none"> Alta (Pielonefritis) Baja (Bacteruria Asintomatica, uretritis y Cistitis) 	<p>Amenaza de parto pretérmino.</p> <p>Infección genital.</p> <p>Infección urinaria.</p>	<p>Tipo Y Nivel El nivel de investigación: Descriptivo</p> <p>El tipo de investigación Observacional, analítico, retrospectivo y transversal.</p> <p>DISEÑO: El diseño de investigación es no experimental ,analítico relacional.</p> <p>ESQUEMA:</p>	<p>Población Se tomó como población referencial de estudio a todas las primigestas constituidas por 1063, atendidas en el servicio de emergencias Gineco-obstétricas con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, del Hospital Regional de Pucallpa – julio – diciembre -2018.</p> <p>Tipo de muestreo: El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia.</p> <p>La muestra: Está conformada por 92 gestantes primigestas, las mismas que fueron agrupadas por presentar el diagnóstico de infección genitourinaria como factor de riesgo predominante a la amenaza de parto pretérmino.</p> <p>Técnicas e instrumentos</p>

<p>amenaza de parto pretérmino en primigestas atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa – Ucayali. Julio– Diciembre.2018?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las características obstetricas en la amenaza de parto pretérmino en gestantes primigestas del Hospital Regional de Pucallpa – Ucayali. Julio – Diciembre, 2018?. • ¿Cuáles son las características sociodemográficas en la amenaza de parto pretérmino en gestantes primigestas del Hospital Regional de Pucallpa – Ucayali. Julio - Diciembre . 2018?. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las infecciones genitales como factor de riesgo predominante a la amenaza de parto pretérmino en primigestas atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa – Ucayali durante el periodo de Julio– Diciembre.2018. • Identificar las características obstétricas en la amenaza de parto pretérmino en gestantes primigestas del Hospital Regional de Pucallpa – Ucayali durante el periodo de Julio - diciembre. 2018. • Identificar las características sociodemográficas en la amenaza de parto pretérmino en gestantes primigestas del Hospital Regional de Pucallpa – Ucayali durante el periodo de Julio – Diciembre.2018. 	<p>Julio – diciembre. 2018.</p>	<p>V. Interviniente</p> <p>Indicadores</p> <p>Edad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad en años <p>Procedencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urbano • Urbano marginal • Rural <p>Grado de Instrucción</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Superior <p>Control Prenatal renfocada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No • N° de control 		 <p>LEYENDA: M= Muestra Ox= Observación de la Var. Independiente. Oy= Observación de la variable dependiente. R= relación entre variables.</p>	<p>Técnica: En el presente estudio se tuvo como técnica el análisis documental, en donde se revisaron historias clínicas de primigestas con diagnóstico de amenaza de parto pretermino.</p> <p>Instrumento: Se elaboró una ficha de recolección de datos, que consistió en un formulario diseñado por el investigador el cual fue validado por el juicio de 5 expertos.</p> <p>Estadístico de prueba. Prueba de hipótesis se realizará con Chi cuadrada de Pearson.</p> $\chi_{calc}^2 = \sum \frac{(f_0 - f_e)^2}{f_e}$ <p>Donde: χ^2 = Chi cuadrado Σ = Representa suma</p> <p>f_0 = Valores observados f_e = Valores esperados</p>
---	--	---------------------------------	--	--	--	---



ANEXO 03

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

FACULTAD DE OBSTETRICIA



TÍTULO: INFECCIÓN GENITOURINARIA COMO FACTOR DE RIESGO PREDOMINANTE A LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA-UCAYALI. JULIO-DICIEMBRE.2018.

OBJETIVO: Identificar las infecciones genitourinarias como factor de riesgo predominante a la amenaza de parto pre término en primigestas atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa – Ucayali .Julio– Diciembre. 2018.

INSTRUCCIONES: marcar con una “x” o consignar solo los datos que se pide en el presente cuestionario de tal modo se mantendrá el anonimato de la paciente.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICOS:

- 1.1. Edad: _____años
 1.2. Grado de instrucción:
 a. Primaria
 b. Secundaria
 c. Superior
 1.3. Lugar de procedencia:
 a. Urbana
 b. Urbano marginal
 c. Rural

II. CARACTERÍSTICAS OBSTETRICAS:

- 2.1. Control pre natal:
 a. SI () N°.....
 b. NO ()
 2.2. Edad Gestacional _____

III. DATOS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

- 3.1. Infección genital
 a. Vaginosis bacteriana
 b. Tricomoniasis
 c. Candidiasis
 3.2. Infección urinaria.
 a. Baja (bacteriuria asintomática, cistitis y uretritis)
 b. Alta (pielonefritis)

IV. DATOS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

- 4.1 Amenaza de parto pretermino
 a) Si
 b) No

ANEXO 04



"Año de la Lucha contra la corrupción y la impunidad"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"- HUÁNUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA

**RESOLUCIÓN N° 208-2019-UNHEVAL/FOBST-D.**

Huánuco, 24 de mayo de 2019

VISTO:

La solicitud N° 0477451 de fecha 03.MAY.19 presentado por las alumnas Thalía Liz ALVARADO ESPINOZA y Katherine LUICHO RAMOS;

CONSIDERANDO:

Que, con Resolución N°195-2018-UNHEVAL/FOBST-D de fecha 16.MAY.2018 se aprobó como exclusividad el título de Proyecto de Investigación: "INFECCIÓN GENITOURINARIA COMO FACTOR DE RIESGO PREDOMINANTE A LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA-UCAYALI. JULIO-DICIEMBRE, 2018", de las alumnas Thalía Liz ALVARADO ESPINOZA y Katherine LUICHO RAMOS;

Que, mediante Resolución N°087-2018-UNHEVAL/FOBST-D de fecha 27.MAR.2018 se nombró a la Dra. Mitsi Marlene QUIÑONES FLORES como Asesora de Tesis de las alumnas Thalía Liz ALVARADO ESPINOZA y Katherine LUICHO RAMOS, para la elaboración de su Proyecto de Investigación, así como la orientación de su desarrollo;

Que, con Oficio N° 002-JMRG-FOBS/UNHEVAL-2019 de fecha 18.MAR.2019 la Dra. Jessye Mirtha RAMOS GARCÍA, asesora de las alumnas Thalía Liz ALVARADO ESPINOZA y Katherine LUICHO RAMOS, informa que se ha concluido con la asesoría del proyecto de tesis titulado: "INFECCIÓN GENITOURINARIA COMO FACTOR DE RIESGO PREDOMINANTE A LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA-UCAYALI. JULIO-DICIEMBRE, 2018", presentada por las alumnas en mención;

Que, las alumnas de la Facultad de Obstetricia Thalía Liz ALVARADO ESPINOZA y Katherine LUICHO RAMOS, presentaron un (01) ejemplar del Proyecto de Tesis arriba indicado para su aprobación;

Que, con Oficio N° 002-D-MRTG-FO-UNHEVAL-2019 de fecha 18.MAR.2019 la Dra. Mónica Roxana TAMAYO GARCÍA y con Oficio N° 002-D-MLMP-FOS/UNHEVAL-2019 de fecha 18.MAR.2019 la Dra. Mary Luisa MAQUE PONCE, Comisión Revisora Ad Hoc del Proyecto de Tesis titulado: "INFECCIÓN GENITOURINARIA COMO FACTOR DE RIESGO PREDOMINANTE A LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA-UCAYALI. JULIO-DICIEMBRE, 2018", de las alumnas de la Facultad de Obstetricia Thalía Liz ALVARADO ESPINOZA y Katherine LUICHO RAMOS, indican que se encuentra APTA para su aprobación y ejecución;

Que, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad, en su Capítulo IV de la modalidad de la tesis, Art. 18° dice: Emitida la Resolución de Decanato, el alumno(a) procederá a desarrollar su Proyecto de Tesis en un tiempo mínimo de sesenta (60) días hábiles. Si no lo desarrollara en un plazo de catorce meses, debe presentar un nuevo Proyecto de Tesis, y

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

SE RESUELVE:

- 1° **APROBAR** el proyecto de tesis titulado: "INFECCIÓN GENITOURINARIA COMO FACTOR DE RIESGO PREDOMINANTE A LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA-UCAYALI. JULIO-DICIEMBRE, 2018", de las alumnas Thalía Liz ALVARADO ESPINOZA y Katherine LUICHO RAMOS, asesoradas por la Dra. Jessye Mirtha RAMOS GARCÍA.
- 2° **INSCRIBIR** el Proyecto indicado en el libro correspondiente de la Unidad de Investigación de la Facultad, guardándose dicha inscripción por un año contados a partir del 18.MAR.2019.
- 3° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a la interesadas.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
FACULTAD OBSTETRICIA

DISTRIBUCIÓN:
DUIFO, asesora, interesadas y archivo.
Sec/CPH

.....
Dra. Mary L. Maque Ponce
DECANA

ANEXO 05



PERÚ

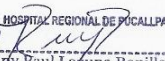
GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI
 HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

MINISTERIO DE SALUD
OFICINA OADI
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”
CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN PARA EJECUTAR PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN

Por medio de la presente hago constar que las alumnas **ALVARADO ESPINOZA THALIA LIZ** identificado con DNI: 71000873 y **LUICHO RAMOS KATHERINE YESABEL** identificado con DNI: 76451634 egresadas de la Facultad de Obstetricia de la **UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZAN” – HUANUCO** han sido aceptadas para realizar la Ejecución de Proyecto de Investigación y Tesis con el título **“INFECCIÓN GENITOURINARIA COMO FACTOR DE RIESGO PREDOMINANTE A LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA-UCAYALI. JULIO-DICIEMBRE. 2018”** se expide el presente documento a la solicitud de las interesadas para fines que se estime por convenio.

Pucallpa 26 de Abril del 2019

Atentamente


 HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA
 Johnny Paul Laguna Ranilla
 C.M.P. N° 32168 R.N.E. N° 25731
 MEDICO JEFE SADI - CARDIOLOGO

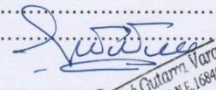

ANEXO 06

**ESCALA DICOTOMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS PARA VALORAR EL
CONTENIDO DEL INSTRUMENTO.**

EXPERTO: Dr. GUTARRA VARA JOSE

CRITERIOS DE EVALUACION	CORRECTO 2 PUNTOS	INCORRECTO 0 PUNTOS
1. El instrumento da cuenta del título/tema y lo expresa con claridad y pertinencia.	2	
2. El instrumento tiene estructura lógica .	2	
3. La secuencia de presentaciones óptima .	2	
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable .	2	
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles .	2	
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	2	
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	2	
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos .	2	
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	2	
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio .	2	
TOTAL	20	

OBSERVACIONES.....
.....
.....



DNI..... 22642208
TELF..... 943416616

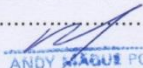
Dr. José Gutarra Vara
C.M.P. 19630 - R.N.E. 16849

**ESCALA DICOTOMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS PARA VALORAR EL
CONTENIDO DEL INSTRUMENTO.**

EXPERTO: Mg. MAQUE PONCE ANDY

CRITERIOS DE EVALUACION	CORRECTO 2 PUNTOS	INCORRECTO 0 PUNTOS
1. El instrumento da cuenta del título/tema y lo expresa con claridad y pertinencia.	2	
2. El instrumento tiene estructura lógica .	2	
3. La secuencia de presentaciones óptima .	2	
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable .	2	
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles .	2	
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	2	
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	2	
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos .	2	
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	2	
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio .	2	
TOTAL	20	

OBSERVACIONES.....
.....
.....


 ANDY MACUE PONCE
 DNI...22499193.....
 TELF...967981895.....

**ESCALA DICOTOMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS PARA VALORAR EL
CONTENIDO DEL INSTRUMENTO.**

EXPERTO: CORDOVA RUIZ RUTH

CRITERIOS DE EVALUACION	CORRECTO 2 PUNTOS	INCORRECTO 0 PUNTOS
1. El instrumento da cuenta del título/tema y lo expresa con claridad y pertinencia.	2	
2. El instrumento tiene estructura lógica .	2	
3. La secuencia de presentaciones óptima .	2	
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable .	2	
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles .	2	
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	2	
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	2	
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos .	2	
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	2	
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio .	2	
TOTAL	20	

OBSERVACIONES.....
.....
.....



Doc. Mg. Ruth Cordova Ruiz
UNHEVAL - MCC
 DNI.....**22522876**.....
 TELF.....**962074722**.....

**ESCALA DICOTOMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS PARA VALORAR EL
CONTENIDO DEL INSTRUMENTO.**

EXPERTO: CARRILLO Y ESPINOZA CARLOS A.

CRITERIOS DE EVALUACION	CORRECTO 2 PUNTOS	INCORRECTO 0 PUNTOS
1. El instrumento da cuenta del título/tema y lo expresa con claridad y pertinencia.	X	
2. El instrumento tiene estructura lógica .	X	
3. La secuencia de presentaciones óptima .	X	
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable .	X	
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles .	X	
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	X	
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	X	
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos .	X	
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	X	
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio .	X	
TOTAL	20	

OBSERVACIONES.....


GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
 Dirección Regional de Salud
 Hospital Regional "Herminio Gálvez" Huánuco

CARRILLO Y ESPINOZA

OBSTETRA
DNI. 22578900

TELF. 962658882

**ESCALA DICOTOMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS PARA VALORAR EL
CONTENIDO DEL INSTRUMENTO.**

EXPERTO: JULIO TUEROS ESPINOZA

CRITERIOS DE EVALUACION	CORRECTO 2 PUNTOS	INCORRECTO 0 PUNTOS
1. El instrumento da cuenta del título/tema y lo expresa con claridad y pertinencia.	2	
2. El instrumento tiene estructura lógica .	2	
3. La secuencia de presentaciones óptima .	2	
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable .	1	
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles .	2	
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	1	
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	2	
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos .	2	
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	2	
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio .	2	
TOTAL	18	

OBSERVACIONES.....

.....


 Me. Julio C. Tueros Espinoza
 OBSTETRA
 COP: 3134

DNI. 06278286

TELF. 962599684

ANEXO 07



"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"- HUÁNUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA



**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO
PROFESIONAL DE OBSTETRA**

En la ciudad de Huánuco, a los 18 días del mes de Julio de 2019, siendo las 17:45 Horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en la Sala de Conferencia de la Facultad de Obstetricia, los miembros integrantes del Jurado examinador de la Sustentación de Tesis Titulada: "**INFECCIÓN GENITOURINARIA COMO FACTOR DE RIESGO PREDOMINANTE A LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA- UCAYALI. JULIO- DICIEMBRE. 2018**" presentado por la bachiller Katherine Yesabel LUICHO RAMOS, para obtener el **TÍTULO DE OBSTETRA**, estando integrado por los siguientes docentes:

PRESIDENTA	:	Dra. Mónica Roxana TAMAYO GARCÍA
SECRETARIA	:	Dra. Mary Luisa MAQUE PONCE
VOCAL	:	Mg. Gloria Haydee HUAMAN DE LA CRUZ
ACCESITARIA	:	Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA

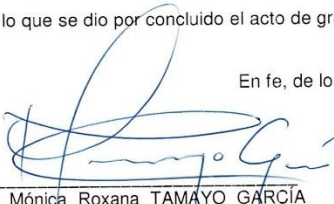
Finalizado el acto de Sustentación los Miembros del Jurado procedieron a calificar, efectuándose la votación con el siguiente resultado:


..... 03 Papeleta (S) APROBADOS
..... 0 Papeleta (S) DESAPROBADOS

Con nota cuantitativa de: 1.7 y cualitativa de: muy bueno

Con lo que se dio por concluido el acto de graduación.

En fe, de lo cual firmamos.


Dra. Mónica Roxana TAMAYO GARCÍA
PRESIDENTA


Dra. Mary Luisa MAQUE PONCE
SECRETARIA


Mg. Gloria Haydee HUAMAN DE LA CRUZ
VOCAL


Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA
ACCESITARIA

Asesor: Dra. Jessye Mirtha RAMOS GARCIA.



"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZAN"- HUÁNUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

En la ciudad de Huánuco, a los 18 días del mes de Julio de 2019, siendo las 17:45 Horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en la Sala de Conferencia de la Facultad de Obstetricia, los miembros integrantes del Jurado examinador de la Sustentación de Tesis Titulada: "**INFECCIÓN GENITOURINARIA COMO FACTOR DE RIESGO PREDOMINANTE A LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA- UCAYALI. JULIO- DICIEMBRE. 2018**" presentado por la bachiller **Thalia Liz ALVARADO ESPINOZA**, para obtener el **TÍTULO DE OBSTETRA**, estando integrado por los siguientes docentes:

PRESIDENTA	:	Dra. Mónica Roxana TAMAYO GARCÍA
SECRETARIA	:	Dra. Mary Luisa MAQUE PONCE
VOCAL	:	Mg. Gloria Haydee HUAMAN DE LA CRUZ
ACCESITARIA	:	Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA

Finalizado el acto de Sustentación los Miembros del Jurado procedieron a calificar, efectuándose la votación con el siguiente resultado:

03 Papeleta (S) APROBADOS
- Papeleta (S) DESAPROBADOS

Con nota cuantitativa de: 17 y cualitativa de: muy buena

Con lo que se dio por concluido el acto de graduación.

En fe, de lo cual firmamos.


Dra. Mónica Roxana TAMAYO GARCÍA
PRESIDENTA


Dra. Mary Luisa MAQUE PONCE
SECRETARIA


Mg. Gloria Haydee HUAMAN DE LA CRUZ
VOCAL


Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA
ACCESITARIA

Asesor: Dra. Jessye Mirtha RAMOS GARCIA.

ANEXO 08

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZAN		REGLAMENTO DE REGISTRO DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR GRADOS ACÁDEMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES			
		RESPONSABLE DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UNHEVAL	VERSION	FECHA	PAGINA
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN		OFICINA DE BIBLIOTECA CENTRAL	0.0	06/01/2017	1 de 2

ANEXO 2

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICAS DE PREGRADO

1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL (especificar los datos de los autores de la tesis)

Apellidos y Nombres: ALVARADO ESPINOZA THALIA LIZ
 DNI: 71000873 Correo electrónico: thalia.96.20@hotmail.com
 Teléfonos: Casa _____ Celular 985615787 Oficina _____

Apellidos y Nombres: LUICHO RAMOS KATHERINE YESABEL
 DNI: 76451634 Correo electrónico: kathy-lucho@hotmail.com
 Teléfonos: Casa _____ Celular 957359646 Oficina _____

Apellidos y Nombres: _____
 DNI: _____ Correo electrónico: _____
 Teléfonos: Casa _____ Celular _____ Oficina _____

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Pregrado	
Facultad de:	<u>OBSTETRICIA</u>
E. P.:	<u>OBSTETRICIA</u>

Título Profesional obtenido:
OBSTETRA

Título de la tesis:

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN		REGLAMENTO DE REGISTRO DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR GRADOS ACÁDEMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES			
		RESPONSABLE DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UNHEVAL	VERSION	FECHA	PAGINA
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN		OFICINA DE BIBLIOTECA CENTRAL	0.0	06/01/2017	2 de 2

«INFECCIÓN GENITOURINARIA COMO FACTOR DE RIESGO PRÉDOMINANTE
A LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN PRINIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE PUCALLPA- UCAYALI. JULIO- DICIEMBRE. 2018»

Tipo de acceso que autoriza(n) el (los) autor(es):

Marcar "X"	Categoría de Acceso	Descripción del Acceso
<input checked="" type="checkbox"/>	PÚBLICO	Es público y accesible al documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio.
<input type="checkbox"/>	RESTRINGIDO	Solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, más no al texto completo

Al elegir la opción "Público", a través de la presente autorizo o autorizamos de manera gratuita al Repositorio Institucional – UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el Portal Web repositorio.unheval.edu.pe, por un plazo indefinido, consintiendo que con dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla, siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

En caso haya(n) marcado la opción "Restringido", por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso:

Asimismo, pedimos indicar el período de tiempo en que la tesis tendría el tipo de acceso restringido:

- () 1 año
() 2 años
() 3 años
() 4 años

Luego del período señalado por usted(es), automáticamente la tesis pasará a ser de acceso público.

Fecha de firma: 20 de julio del 2019

Firma del autor y/o autores: