Universidad Nacional de Loja
Área de la Salud Humana
Carrera de Medicina Humana

"AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO Y SU RELACIÓN CON LAS INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS"

Tesis previa a la obtención del título de MÉDICO GENERAL.

Autora: Andrea Elizabeth León Collahuazo

Directora: Dra. María de los Ángeles Sánchez Tapia, Esp.

Loja – Ecuador

2016

CERTIFICACIÓN

1859

Dra. María de los Ángeles Sánchez Tapia, Esp.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Por este medio informo. Que el trabajo de Tesis denominado "**AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO Y SU RELACIÓN CON LA INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS**" elaborado por la estudiante **Andrea Elizabeth León Collahuazo** para obtener el título de Médico General, ha sido realizado bajo mi asesoría el cual cumple con todos los requisitos técnicos y reglamentarios establecidos por la Universidad Nacional de Loja y considero que ha sido concluido. En consecuencia apruebo su presentación.

Loja, 14 de Noviembre del 2016

Dra. María de los Ángeles Sánchez Tapia, Esp.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, **Andrea Elizabeth León Collahuazo,** declaro ser la autora del presente trabajo de tesis titulado: **"AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO Y SU RELACION CON LA INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS"** y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el repositorio Institucional de la Biblioteca Virtual.

Autora: **Andrea Elizabeth León Collahuazo**

Firma: _____

N° de Cedula: 110482326-6

Fecha: 14 de Noviembre del 2016

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, **Andrea Elizabeth León Collahuazo** declaro ser autor de la tesis titulada: **"AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO Y SU RIESGO CON LA INFECCION DE VÍAS URINARIAS"**, como requisito para optar al grado de: **Médico General,** autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional: Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 14 días del mes de Noviembre del 2016, firma el autor.

Firma:

Autora: Andrea Elizabeth León Collahuazo.

Cédula: 110489326-6

Dirección: Barrio. La Banda. Ac. 8 de Diciembre 39-24 y Manuela Saenz. **Correo electrónico:** andreita.eli.36@gmail.com **Teléfono:** 0988138638

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de tesis: Dra. María de los Ángeles Sánchez Tapia, Esp.

Tribunal de Grado:

PRESIDENTE: Dr. Marco Medina Sarmiento, Esp.

VOCAL: Dra. Ximena Carrión Ruilova, Esp.

VOCAL: Dra. Karina Calva Jirón, Esp.

DEDICATORIA

Primeramente le dedico a Dios quien me ha dado la fuerza suficiente para seguir adelante y culminar mis estudios y mi tesis. A mis padres Dolores del Cisne Collahuazo Astudillo y Numan Vinicio León Tapia, quienes me dieron el apoyo incondicional y el valor y los consejos para continuar con mis estudios. A mi esposo Marco Antonio Armijos Chuquimarca por darme el apoyo necesario y el aliento para cuando me rendía para continuar. A mi niño Brandon Gabriel Armijos León, que por el sigo adelante; a mis amigos, María del Cisne, Vanesa, Joselyn, Priscila y Santiago quienes me han apoyado durante el transcurso de mi carrera. A la Dra, María de los Ángeles Sánchez Tapia, Esp. Quien me ha guiado durante el transcurso de la realización de mi tesis, además de los consejos que me brindaba. Y a mis maestros quienes con todas sus enseñanzas he culminado con mis estudios.

ANDREA ELIZABETH LEÓN COLLAHUAZO

AGRADECIMIENTO

Le agradezco primeramente a Dios por darme la fuerza necesaria para seguir cada día adelante y culminar con éxito mis estudios. A mis padres quienes me han brindado su apoyo incondicional, me han dado los valores y la humildad para ser una gran profesional y persona, por estar conmigo en las buenas y en las malas brindándome su apoyo y aconsejándome cada día. A mi esposo y a mi hijito por estar en todo momento junto a mí dándome el valor y la fuerza necesaria para seguir adelante.

Le agradezco a mis docentes quienes me han regalado todas las enseñanzas necesarias para culminar con éxito mi carrera y tener los conocimientos necesarios para ser una gran profesional.

Agradezco a la Dra. María de los Ángeles Sánchez quien me encamino durante toda la realización de mi tesis. Al Dr. Juan Cuenca quien me dio la autorización para obtener los datos necesarios para la realización de la misma.

A mis amigos en especial a María del Cisne quienes me dieron su apoyo en todo momento de mi carrera, los consejos que me brindaron, además de todos los momentos que hemos compartido, las risas y lloros que hemos pasado, y por la gran amistad que llevamos.

ANDREA ELIZABETH LEÓN COLLAHUAZO

ÍNDICE

Contenido

CERTIFICACIÓN ..... ¡Error! Marcador no definido.

AUTORÍA iv

CARTA DE AUTORIZACIÓN ..... ¡Error! Marcador no definido.

DEDICATORIA v

AGRADECIMIENTO vi

INDICE vii

1. TÍTULO 1

2. RESUMEN 2

3. INTRODUCCIÓN 4

4. REVISIÓN LITERARIA 7

4.1. PARTO 7

4.2. AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO 8

4.2.1. DEFINICIÓN 8

4.2.2. CLASIFICACIÓN: 8

4.2.3. FACTORES DE RIESGO 9

4.2.4. ETIOLOGÍA 9

4.2.5. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO 10

4.2.6. DIAGNÓSTICO DE AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO 11

4.2.7. EVALUACIÓN DEL RIESGO 12

4.2.8. TRATAMIENTO DEL TRABAJO DE PARTO PRE TÉRMINO 13

4.3. INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS 15

4.3.1. DEFINICIÓN 15

4.3.2. AGENTES ETIOLÓGICOS 16

4.3.3. FACTORES DE RIESGO 16

4.3.4. CLASIFICACIÓN 17

4.3.4.1.1. BACTERIURIA ASINTOMATICA 17

4.3.4.1.2. CISTITIS 17

4.3.4.2.1. PIELONEFRITIS AGUDA 18

4.3.5. DIAGNÓSTICO 18

4.3.6. TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS 19

5. MATERIALES Y MÉTODOS. 23

6. RESULTADOS 26

TABLA # 1: PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO. 26

TABLA # 2: AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO E INFECCION DE VÍAS URINARIAS. 27

TABLA # 3: AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN RELACION A LA EDAD GESTACIONAL 28

TABLA # 4: AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO SEGÚN GRUPOS ETAREOS 29

TABLA # 5: AGENTE CAUSAL DE LAS INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS PRESENTE EN LA AMENZA DE PARTO PRE TÉRMINO 30

TABLA # 6 CUADRO CLÍNICO DE LAS INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS EN LAS PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO. 31

TABLA # 7: UBICACIÓN DE LAS VÍAS URINARIAS EN LAS PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO 32

7. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN 33

8. CONCLUSIONES 34

9. RECOMENDACIONES 35

10. BIBLIOGRAFÍA 36

11. ANEXOS 39

1. TÍTULO

AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO Y SU RELACIÓN CON LAS INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS.

2. RESUMEN

El presente estudio se realizó con el fin de determinar, si la amenaza de parto pre término tiene relación con la infección de vías urinarias, además, se determinó en qué edad gestacional se presentó la amenaza de parto pre término; la edad de la madre en donde se presentó con más frecuencia la amenaza de parto pre término; e identificar el agente etiológico, así como, el lugar de afección y, el cuadro clínico en las gestantes atendidas en consulta externa del departamento de gineco-obstetricia del Hospital Universitario de Motupe en el periodo de Mayo – Noviembre del 2015. El estudio fue de tipo retrospectivo y descriptivo, teniendo como universo de 17 gestantes con amenaza de parto pre término; y una muestra de 15 gestantes que presentaron infección de vías urinarias comprobadas con elemental y microscópico de orina y el urocultivo. Se empleó la hoja de recolección de datos realizada por el autor; obteniendo los siguientes resultados: 17 de las gestantes tuvieron sintomatología para amenaza de parto pre término con el 14.8% causada por las infecciones de vías urinarias, de las cuales, el 88.2% de estas fueron comprobadas por laboratorio. La edad gestacional más frecuente es entre las 33-36.6 semanas de gestación con 93.3%, y edad materna es entre 15 a 25 años de edad con el 66.7%. Además, de las pacientes con amenaza de parto pre término y que tiene infección de vías urinarias, el agente causal que se ha encontrado en la mayoría de los casos es la E. Coli con un 80%. De las gestantes con amenaza de parto pre término el 93.3% tuvieron cuadro clínico asintomático para infección de vías urinarias, afectando el 86.7% a las vías urinarias bajas. En conclusión la amenaza de parto pre término si tiene relación con la infección de vías urinarias siendo más frecuente en el tercer trimestre del embarazo, afectando mayormente a las madres entre los 15-25 años de edad; el tracto urinario que más se afecta es el bajo, con un cuadro clínico asintomático y el agente etiológico más frecuente en la E. Coli. **PALABRAS CLAVE:** amenaza de parto pre término, infección de vías urinarias.

SUMARY

The present study was conducted in order to determine if the threat of preterm birth is related to urinary tract infection, in addition, it was determined the gestational age in which the threat of preterm birth occurred; the age of the mother where the threat of preterm birth most often occurs; the etiologic agent was identified, as well as the place of the affection, and the clinical picture of the pregnant women attended in the external cosultation of the gynecology-obstetrics department of the Universitary Hospital of Motupe, during the May-November period of 2015. The study was of retrospective and descriptive type, having a universe of 17 pregnant women with preterm birth threat; and a sample of 15 pregnant women who had a proven urinary tract infection with EMO (Elemental y microscópico de orina) tests and urine culture tests. A data collection sheet designed by the autor was used; with the following results: 17 of the pregnant women had symptomatology of preterm birth, of which 14.8% was caused by urinary tract infections and 88.2% of them were laboratory-proven. The most frequent gestational age is between 33-36.6 weeks of gestation with 93.3%, and the age of the mother is between 15 and 25 years with 66.7%. In addition, of the patients with preterm labor threat that had urinary tract infection, the causative agent found in most cases was E. coli with 80%. Of the pregnant women with preterm birth, 93.3% had an asymptomatic clinical picture for urinary tract infection, with 86.7% affecting the lower urinary tract. In conclusion, the threat of preterm delivery is related to urinary tract infection being more frequent in the third trimester of pregnancy, affecting mainly mothers between 15-25 years of age; the urinary tract that is most affected is the lower one, with an asymptomatic clinical picture and the most frequent etiologic agent is E. Coli. KEYWORDS: threat of preterm birth, urinary tract infection.

3. INTRODUCCIÓN

La amenaza de parto pre término es la principal causa de morbimortalidad perinatal; causada generalmente por infecciones del tracto urinario, por tal motivo es muy importante realizar oportunamente la detección de estas infecciones, para así, disminuir este problema. Debido a los cambios anatómicos, fisiológicos y hormonales normales que ocurren durante el embarazo, se pueden colonizar de bacterias y provocar infección de las vías urinarias siendo esta la causa más frecuente que se asocia al parto pre término, con una incidencia entre el 3 y 12% (Acosta, Ramos, Zamora, & Murillo, 2014).

Hay diferencias estadísticas en los diferentes países en los que se ha realizado estudios similares, así tenemos que en EE.UU. la amenaza de parto pre término por infección de vías urinarias ha aumentado al 12 - 13%; en México el porcentaje es mayor y llega hasta el 40 y 50% de amenaza de parto pre término por infección de vías urinarias (Sifontes, 2011). Un dato importante lo presenta un estudio realizado en Veracruz – México en donde se descubrió que las infecciones de vías urinarias están en un 73% de las gestantes con amenaza de parto pre término, que tienen bacteriuria asintomática en el 60% e historia de infección urinaria en un 66% (Cisneros, 2014).

En cambio, en Guatemala se encontró que la amenaza de parto pre término tiene una frecuencia de 32,11% en las gestantes de 20 a 25 años de edad, seguidas por 17,67% entre las edades de 14 a 19 años (Macario, 2014).

En países latinoamericanos como Bolivia se investigó que la amenaza de parto pre término está en un 15.8%; con predominio del grupo etáreo entre los 15 – 25 años de edad con el 37% (Gomez, 2012).

En Trujillo – Perú en un estudio que se realizó en el Hospital Dr. Pedro Emilio Carrillo en el que se observó que la edad predominante de las pacientes embarazadas con infección urinaria está en el grupo de 19-23 años de edad y, que es más frecuente en el tercer trimestre del embarazo encontrándose como microorganismo frecuente a la E. coli (Rojas, 2011). En cambio en el Hospital Belén de Trujillo, se encontró una frecuencia de 9,3% de amenaza de parto pre término, siendo la causa más frecuente la infección de vías urinarias con el 64% (Saldaña, 2012).

En Ecuador la frecuencia de infecciones de vías urinarias durante el embarazo es de 55,39% y con amenaza de parto pre término del 60,68% (INEC, 2011) que es un porcentaje alto comparado con países desarrollados como EEUU en donde el porcentaje es mucho menor.

Se han realizado estudios en diferentes ciudades de nuestro país, así, tenemos que en Guayaquil se encontró que la amenaza de parto pre término fue más frecuente en el grupo etáreo entre los 30 a 34 con el 37%; y que la infección de vías urinarias se presentó en el 43% de estos casos, siendo la E. coli el patógeno más frecuente (Mendoza, 2013). Tenemos otro estudio realizada en el Hospital Provincial de Ambato en donde se encontró que la frecuencia de amenaza de parto pre término es de 40,59% más alto que el encontrado en Guayaquil, siendo el grupo etáreo más afectado el de 14 a 20 años de edad; y el diagnostico mayormente encontrado durante la amenaza de parto pre término es la infección de vías urinarias con 68.32% y, la edad gestacional más frecuente fue entre 30 - 36.6 semanas de gestación, y que es del 65.84% (Lozano & Gioconda, 2013).

La amenaza de parto pre término es una patología con gran morbimortalidad perinatal dejando consecuencias graves en el neonato; provocando alrededor del 75% de muerte perinatal y el 50% de secuelas neurológicas (Acosta, Ramos, Zamora, & Murillo, 2014). Con el tiempo cobra más importancia en la patogénesis de los partos pre términos las infecciones del tracto urinario, ya que las mismas son la complicación infecciosa más frecuente durante el embarazo, su incidencia fluctúa entre 10 y 12% (Gomez, 2012), esto se debe a que las modificaciones anatómicas y fisiológicas parecen predisponer a esta alta frecuencia de infecciones (Gomez, 2012).

Por lo observado en los estudios realizados especialmente en Ecuador, se observa que hay una alta frecuencia de amenaza de parto pre término provocado por infecciones de vías urinarias. Ya que, en Loja no se han realizado estudios recientes que determinen la magnitud de este problema, he decido realizar un estudio similar en las pacientes que acudieron a consulta externa del departamento de gineco-obstetricia del Hospital de Motupe, a donde acuden una importante población de nuestra localidad. Es importante realzar que este estudio servirá para que, junto con los médicos del lugar, promocionar en las mujeres gestantes medidas de cuidado, así como, para que acudan de manera oportuna a los controles prenatales, para de esta manera detectar precozmente y dar tratamiento adecuado para las infecciones de vías urinarias si se presentasen, y así evitar que se presente la amenaza de parto pre término. Así que, en el presente estudio me he planteado

como objetivos: Demostrar si la amenaza de parto pre término tiene relación con las infecciones de vías urinarias en las gestantes atendidas en consulta externa de gineco-obstetricia del Hospital de Motupe, así como determinar en qué edad gestacional del embarazo es más frecuente las infecciones de vías urinarias que produjeron la amenaza de parto pre término. Así también, determinar en qué grupo etáreo es más frecuente; e identificar el agente etiológico involucrado que provoca infecciones de vías urinarias en las gestantes con amenaza de parto pre término. También ha sido importante para mí relacionar si las infecciones fueron sintomáticas o asintomáticas y, si son del tracto urinario alto o bajo.

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

4.1.PARTO

El parto normal es el proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término (entre las 37 y las 42 semanas cumplidas). Su inicio es espontáneo, se desarrolla y finaliza sin complicaciones, culmina con el nacimiento de un bebé sano y no necesita más intervención que el apoyo integral y respetuoso (Pantaleon, 2011).

El trabajo de parto se divide en:

- Fase 1 o latente: Ocurre al final del embarazo hasta el inicio de las contracciones del trabajo de parto.
- Fase 2 o activa: Se compone de 3 periodos:
    - Primer período (periodo de dilatación): Se inicia cuando comienza el trabajo de parto. Las contracciones uterinas tienen la intensidad, frecuencia y duración suficiente como para producir el Borramiento y dilatación del cuello uterino hasta su dilatación completa. Ésta es la fase más larga del parto y la que puede resultar más pesada a la mujer. En las primerizas, puede durar desde 4 a 5 horas, hasta más de 12, y en las mujeres que ya han tenido un parto o más, desde 2 a 3 horas, hasta más de 8 horas.
    - Segundo periodo (periodo de expulsivo): Se inicia cuando el cuello uterino alcanza la dilatación completa y finaliza cuando el feto es expulsado Su duración es muy variable, y depende de muchos factores. Se considera normal una duración de una hora en primerizas y 30 minutos en mujeres que ya han tenido otro/s parto/s. Pero este período se puede prolongar, considerándose normal.
    - Tercer periodo (Alumbramiento): Comienza cuando se produce la expulsión fetal hasta la salida de la placenta (Andina, 2012).

4.2. AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO

4.2.1. DEFINICIÓN

La amenaza de parto pre término es la aparición de contracciones uterinas propias del trabajo de parto en pacientes con membranas íntegras entre las 20-36.6 semanas de embarazo, con pocas modificaciones del cuello uterino. Las contracciones uterinas deben ser clínicamente palpables, de 30 segundos o más de duración y una frecuencia de una o más en diez minutos, durante un período mínimo de una hora, capaces de producir modificaciones cervicales leves; borramiento del cérvix uterino del 50% o menos, y una dilatación igual o menor a 3 cm.

El trabajo de parto pre término es la dinámica uterina igual o mayor a la descrita para la definición de amenaza de parto prematuro (4 contracciones en 20 minutos u 8 en 1 hora), pero con modificaciones cervicales mayores, tales como borramiento del cérvix mayor al 50% y una dilatación mayor de 3 cm. También llamado parto pre término establecido cuando la dinámica uterina es mayor.

El parto es el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento.

4.2.2. CLASIFICACIÓN:

Según la edad de la gestión en que ocurre el parto se clasifican en:

- Parto inmaduro: entre las 21 a las 27,6 semanas de gestación.
- Parto pre término o prematuro: entre las 28 y 36,6 semanas.
- Parto a término: entre las 37 y 40 semanas.
- Parto pos término: más de 40-41.6 semanas
- Parto prolongado > 42 semanas de gestación.

El parto pre término es una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad perinatal y representa 75% de las muertes perinatales y 50% de las secuelas neurológicas atribuibles directamente a la prematurez. Su frecuencia se estima en 5 a 10% de todos los embarazos (Acosta, Ramos, Zamora, & Murillo, 2014).

En Chile, los partos pre términos han aumentado en la última década, pero corresponden a menos del 6% de los nacimientos, mientras que EEUU presenta una incidencia superior al 12% (Donozo & Oyarzún, 2012).

4.2.3. FACTORES DE RIESGO

Lograr la identificación de factores de riesgo para nacimientos pre término, antes de la concepción o tempranamente en el embarazo, conduciría a realizar intervenciones que podrían ayudar a prevenir un parto pre término. No obstante, realizar esta identificación temprana es difícil debido a que un número importante de nacimientos pre términos ocurre en mujeres que no tienen factores de riesgo (Quiroz, 2015).

Además, algunas complicaciones obstétricas que terminan en parto pre término requieren de cofactores para ejercer sus efectos, haciendo que la cadena de causalidad sea difícil de documentar. Finalmente, aún no existe un adecuado modelo animal para lograr estudiar el parto pre término. Es importante tener en cuenta que el factor de riesgo más importante para predecir un parto pre término es tener el antecedente de parto pre término (Garcia, 2010), el cual representa un 15% después de uno y 30% si fueron dos partos pre término. Este antecedente incrementa de 1,5 a 2 veces el riesgo (Garcia O. , 2015).

Algunos de los factores de riesgo identificados son:

- Antecedentes de pérdidas gestacionales en el segundo trimestre, aborto habitual, anomalías uterinas, conización del cérvix, longitud cervical corta.
- En el anteparto: embarazos múltiples, ruptura prematura de membranas, polihidramnios, herragia anteparto, cirugía intraabdominal, infección del tracto urinario, infección materna severa, trauma físico emocional.
- Factores y condiciones maternas: infección bacteriana ascendente, enfermedades maternas como hipertensión arterial, diabetes mellitus o gestacional, trombofilias, entre otras, infecciones transplacentarias como sífilis, enfermedad periodontal, edad materna ≤18 a ≥ 40 años.
- Factores epidemiológicos y ambientales, factores socioeconómicos (bajo nivel socioeconómico) y psicosociales, etnia afroamericana (18,4%), tabaquismo, factores nutricionales como bajo peso materno, índice de masa corporal menor de 19,8 y periodo intergenésico corto.

4.2.4. ETIOLOGÍA

Entre los factores de riesgo epidemiológicamente relacionados a la aparición de amenaza de parto pre término espontáneo se destacan el nivel socioeconómico y el antecedente de parto pre término previo (RR de 2.62 CI del 95%, 1.99 a 3.44, según Mercer) (Cisneros,

2014). El embarazo múltiple constituye un factor de riesgo y está relacionado al 30% de los partos pre término y se ha relacionado con peor respuesta perinatal que los productos de embarazos simples de igual edad gestacional. Otros factores de riesgo están representados por infecciones del tracto genital, ruptura de membranas pretérmino, hemorragia anteparto, incompetencia cervical y anormalidades uterinas congénitas (corresponden entre todas al 20–25% de casos) (Cortez, 2009); el restante (15–20%) corresponde a partos pre términos secundarios a desordenes hipertensivos del embarazo, restricción del crecimiento intrauterino, anormalidades congénitas, trauma y desordenes médicos del embarazo (Vergara, 2013).

Otro factor de riesgo tenemos a la edad materna en el que los extremos de la vida reproductiva son considerados como un factor de riesgo, por el aumento de las patologías perinatales que se presentan. Varios autores han demostrado una relación marcada entre la edad materna menor de 20 años o mayores de 34 años en la incidencia de la amenaza de parto pre término; las gestantes adolescentes debido a su falta de orientación hay mayor número de embarazos, llegando a generar un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la adolescente, además de condicionar y perturbar su proyecto de vida, lo que conlleva entre otros a una problemática de índole médico, pues las jóvenes muchas veces asisten a los centros de salud con las complicaciones del embarazo y el parto, por no haber tenido un debido control prenatal adecuado y por ende con un mayor riesgo de presentar amenaza de parto prematuro (Ruiz, 2011).

4.2.5. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

- Contracciones uterinas regulares (3 en 30 minutos o 1 en 10 minutos con duración < 30 segundos), que se irradia a región lumbosacra.
- Presión abdominal en la pelvis.
- Dolores tipo menstrual por encima del pubis.
- Spotting.
- Cambios cervicales
  - Dilatación < 3 cm.

4.2.6. DIAGNÓSTICO DE AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO

Frente a una paciente en la que se objetiva dinámica uterina regular, se deben realizar sistemáticamente y de manera ordenada:

- **Anamnesis dirigida.**
- **Exploración física** (descartar otro posible foco que de origen al dolor y/o a la dinámica uterina: fiebre, peritonismo, puño percusión.).
- **Exploración obstétrica:**
  - Comprobar frecuencia cardiaca fetal positiva.
  - Valoración del abdomen (altura uterina, estática fetal, irritabilidad uterina.).
  - **Espéculo:** visualización del cérvix (descartar amniorrexis, metrorragias.).
  - **Tomar muestras para cultivo: Previo al tacto vaginal**.
    - Frotis rectal y vaginal (1/3 externo de vagina) para SGB.
    - Frotis endocervical SÓLO si existe exposición de membranas.
    - Sedimento y urocultivo.
  - **TV:** valoración cervical mediante el Índice de Bishop; se debe valorar: Contracciones uterinas clínicamente documentadas (1/10 min, 3/30 min ó 6/60 min ó más). Dilatación cervical menor o igual de 3 cm. Borramiento cervical menor o igual de 50% (Vergara, 2013).
  - **Ecografía transvaginal**: Se realizará entre la semana 20 y 34 de gestación, si es posible como complemento del examen cervical, si la contractibilidad no es franca o las modificaciones cervicales son dudosas. Una longitud cervical < 25 mm se asocia con un riesgo relativo de parto pre término de 4,8. El mayor valor predictivo positivo se obtiene con una longitud cervical inferior a 18 mm y el mejor valor predictivo negativo con una longitud superior a 30 mm. Por lo tanto, una longitud cervical de 25 mm en presencia de contracciones con las características mencionadas anteriormente es diagnóstico de amenaza de parto pre término. Si la longitud cervical es mayor, la probabilidad de amenaza de parto pre término es muy baja independientemente de la frecuencia de contracciones.
  - **Test de fibronectina**: Se realizará entre las semanas 24 - 34 de edad gestacional en pacientes con riesgo de parto pre término. La fibronectina

es una proteína extracelular que se encuentra en las membranas, decidua y líquido amniótico, con una función adhesiva entre el feto en desarrollo y la superficie interna del útero (interfasecoriodecidual). Tras la implantación del saco gestacional aparece fibronectina en las secreciones cervicovaginales. Puede encontrarse normalmente en ellas antes de la semana 20ª - 22ª y al final del embarazo. Su presencia entre las semanas 24ª y 34ª es poco frecuente, y puede indicar separación de las membranas fetales de la decidua. Un valor mayor a 50 ng/ml representa un riesgo incrementado de amenaza de parto pre término.

- RCTG: Dinámica uterina y descartar signos de pérdida del bienestar fetal.
- Analítica: Hemograma, bioquímica básica, coagulación y PCR.

Se deben descartar siempre otras patologías que contraindiquen la tocolisis: como corioamnionitis.

- Contracciones uterinas clínicamente documentadas (1/10 min, 3/30 min ó 6/60 min ó más).
- Dilatación cervical menor o igual de 3 cm.
- Borramiento cervical menor o igual de 50% (Vergara, 2013).

4.2.7. EVALUACIÓN DEL RIESGO

Se considerarán pacientes de alto riesgo cuando estén presentes UNO O MÁS de los siguientes criterios:

Criterios clínicos:

1. Bishop ≥ 5.
2. Parto pre término anterior espontáneo antes de la semana 34.
3. Pérdida gestacional tardía (≥ 17.0 semanas).
4. Gestación múltiple.
5. Portadora de cerclaje cervical en gestación actual.

Criterios ecográficos:

Gestaciones únicas:

- Longitud cervical < 25 mm antes de las 28.0 semanas.

- Longitud cervical < 20 mm entre las 28.0 y 31.6 semanas.
- Longitud cervical < 15 mm a las 32 semanas o más.

Se considerarán pacientes de bajo riesgo cuando no esté presente NINGUNO de los criterios citados anteriormente.

4.2.8. TRATAMIENTO DEL TRABAJO DE PARTO PRE TÉRMINO

PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO PRE TÉRMINO **(**muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)
1. Realice o complete la historia clínica perinatal y el carné perinatal.
2. Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura.
3. Realice evaluación obstétrica que incluya frecuencia cardiaca fetal por cualquier método y examen vaginal especular.
4. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: biometría hemática, TP, TTP, plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado. EMO – Urocultivo. Gram y fresco de secreción vaginal.
5. Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados. Si resultados indican IVU o infección vaginal brinde tratamiento según protocolo.
6. Tranquilice a la paciente e informe sobre su condición.
7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y la de sus familiares.
8. Brinde apoyo emocional continuo.
9. Realice el primer examen o tacto vaginal en condiciones de asepsia, con lavado de manos previo y uso de guantes estériles descartables. Anticipe a la paciente el procedimiento y su utilidad.
10. La primera valoración debe ser realizada por el personal de más experiencia para evitar reevaluaciones antes de lo previsto determinando: • Dilatación cervical • Borramiento cervical.

- Consistencia del cuello
- Posición del cuello
- Altura de la presentación fetal por planos de Hodge o por estaciones de DeLee.
- Estado de las membranas y verificación de eliminación transvaginal de líquido amniótico (ver protocolo de RPM)
- Verificar sangrado, tapón mucoso o leucorrea.
- Capacidad de la pelvis en relación al tamaño fetal.

11. Si dispone de ecografía abdominal verifique la condición de cantidad de líquido amniótico (ILA), peso fetal y edad gestacional, además valore la longitud del cuello como predictor de parto pre término **(ALARMA si menor de 20 mm).**

12. Control de signos vitales cada 8 horas.

13. Con el diagnóstico probable disponga el ingreso a la unidad operativa o la referencia a una unidad de mayor resolución para atención por personal calificado si embarazo menor a 37 semanas; envíe a la paciente con la primera dosis de tratamiento tocolítico y de maduración pulmonar fetal (ver abajo) si no existen contraindicaciones; envía con la paciente la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.

14. **SI EL EMBARAZO ES < 37 SEMANAS REALICE MANEJO TOCOLÍTICO:**
    - **Nifedipina:** 10 mg VO cada 20 minutos por 3 dosis, luego 20 mg cada 4-8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o 72 horas.
    - **O Indometaciona:** 100 mg vía rectal cada 8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o 72 horas. **(SOLO EN EMBARAZOS < 32 SEMANAS)**

NO REALICE MAS DE DOS CICLOS DE TOCOLISIS

15. CONTRAINDICACIONES DE TOCOLISIS
    - Dilatación > 4 cm.
    - Corioamionitis
    - Preeclampsia, eclampsia, síndrome de Hellp
    - Compromiso del bienestar fetal o muerte fetal
    - Malformaciones fetales
    - Desprendimiento normo placentario.

16. **MADURACION PULMONAR FETAL** • **SI EMBARAZO > 24 Y < 34 SEMANAS:** • **Betametasona:** 12 mg IM y a las 24 horas (total 2 dosis) • **Dexametasona:** 6 mg IM y cada 12 horas (total 4 dosis) **NO SE REQUIERE NUEVAS DOSIS SEMANALES DE CORTICOIDES PARA CONSEGUIR EFECTOS BENEFICIOSOS PERINATALES.**
17. **SI CORIOAMIONITIS:** • **Antibioticoterápia** • Ampicilina 2 g IV cada 6 horas • Gentamicina 2 mg/Kg dosis inicial IV, luego 1,5 mg/Kg IV cada 8 horas o gentamicina 5 mg/Kg IV cada día • Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas (Incluir si se indica cesárea) **Finalización del embarazo según criterio obstétrico INDEPENDIENTEMENTE DE LA EDAD GESTACIONAL.**
18. Comunique del caso al Servicio de Neonatología
19. Si transcurridas 72 horas que se ha completado el esquema de maduración fetal persisten las contracciones determine finalización del embarazo por parto o cesárea según criterio obstétrico.

(Sistema Nacional de Salud , 2015)

4.3.INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS

4.3.1. DEFINICIÓN

La infección de las vías urinarias (IVU) es una condición en la cual las bacterias se establecen y multiplican en cualquier sector del tracto urinario, causando daño del mismo. (Arroyane, Cardona, & Castaño, 2010). Las infecciones urinarias Infección de vías urinarias son muy habituales, representan aproximadamente el 10% de las consultas realizadas por las mujeres. En las mujeres embarazadas, la incidencia de infección de vías urinarias puede llegar al 8% (Ferriera, 2011).

La infección de vías urinarias es una de las complicaciones médicas más frecuentes en el embarazo; los cambios fisiológicos asociados al embarazo predisponen al desarrollo de complicaciones que pueden afectar significativamente a la madre y al feto. Estas incluyen la Bacteriuria Asintomática, la Cistitis Aguda y la Pielonefritis Aguda. A pesar del

desarrollo de nuevos antibióticos la infección de vías urinarias continúa asociándose a morbi-mortalidad elevada a nivel materno y fetal.

Diversas modificaciones anatómicas y fisiológicas parecen predisponer a esta alta frecuencia, siendo las más importantes la dilatación útero-pélvica (hidroureteronefrosis fisiológica), producto de la inhibición del tono uretral por acción de la progesterona y prostaglandinas, y, la obstrucción parcial del uréter por el útero grávido. Entre las modificaciones fisiológicas, la más importante es el aumento de la filtración glomerular, que determina presencia de glucosa en orina, lo que favorece la presencia de gérmenes. Este proceso puede influir de forma negativa en la evolución de la gestación por varios mecanismos. Está demostrado que en la infección urinaria sintomática o no, existe un incremento de la incidencia de amenaza de parto pre término. El paso del germen o sus toxinas al compartimento fetal, o la repercusión materna del proceso infeccioso, sobre todo cuando hay afectación secundaria hepática, pulmonar, cuadro séptico generalizado o shock séptico, todo ello actúa negativamente sobre el desarrollo del embarazo.

4.3.2. AGENTES ETIOLÓGICOS

Las bacterias que se encuentran con mayor frecuencia son: E. coli siendo las más frecuente en un 80 – 90% de los casos (Vergara, 2013), Proteus con un 3 – 3,5% (García, 2011), kliebsiela, Pseudomonas, Staphylococcus y Streptoeoccus, en este último caso resulta imprescindible descartar su presencia simultánea en la vagina.

4.3.3. FACTORES DE RIESGO

Existen múltiples factores de riesgo para adquirir estas infecciones, además de las condiciones de gravidez, entre estos se encuentran: edad del paciente, número de gesta, vida sexual activa y edad gestacional.

En la vejiga de la embarazada, por efectos de la progesterona, disminuye el tono en forma progresiva, por lo cual aumenta su capacidad pudiendo alcanzar cerca de un litro al término del embarazo. Esto determina que el vaciamiento vesical sea incompleto. Las contracciones uterinas son inducidas por citoquininas y prostaglandinas que son liberadas por los microorganismos. En las formas más graves de infección urinaria el feto puede

infectarse por vía sanguínea, produciendo una sepsis, y colonizar las meninges provocando en ocasiones retardo mental.

4.3.4. CLASIFICACIÓN

4.3.4.1. INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS BAJAS

4.3.4.1.1. BACTERIURIA ASINTOMATICA

La bacteriuria asintomática se presenta entre el 4-7% del total de embarazos (Parraga, 2007). La bacteriuria asintomática generalmente ocurre por acenso de las bacterias de la uretra a la vejiga y que en ocasiones llegan a ascender hasta el riñón. La aparición de una cantidad significativa de bacterias en la orina es decir existe una infección en un zona del trato urinario pero sin causar alteraciones del mismo. Su incidencia es de 3 a 10% dependiendo el estado socioeconómico de las pacientes. La bacteriuria asintomática no tratada puede llevar a cistitis sintomática en cerca del 30% de los casos y a pielonefritis en hasta el 50% la cual se relaciona con amenaza de parto pre término (Mendoza, 2013).

4.3.4.1.2. CISTITIS

La cistitis en el embarazo se considera una infección de vías urinarias primaria pues no se desarrolla a partir de una bacteriuria asintomática previa. También llamada infección de vía urinaria baja se caracteriza por la aparición brusca de disuria, polaquiuria, urgencia miccional e incontinencia, tenesmo, dolor pélvico ausencia de fiebre, es generalmente infecciosa, los microorganismos llegan a la vejiga por vía ascendente, a través de la uretra en su gran mayoría lo encontramos en las mujeres gestantes en el 95% de los casos la infección es Monomicrobiana.

El diagnóstico se hace sobre la base del cuadro clínico y se confirma con el urocultivo cuantitativo de orina y por el estudio del sedimento de orina, en busca de piuria, bacteruria (Mendoza, 2013).

La vulvovaginitis pueden simular una cistitis, y la orina expulsada puede sufrir contaminación por la secreción vaginal, por lo se propone efectuar la toma de muestra de orina por sondeo vesical.

4.3.4.2. INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS ALTAS

4.3.4.2.1. PIELONEFRITIS AGUDA

Es la forma más grave de presentación de la infección del tracto urinario el cuadro clínico se caracteriza por fiebre de 39 °C trata de una infección aguda que suele presentarse en el último trimestre y es casi siempre secundaria a una bacteriuria asintomático no diagnosticada previamente o no tratada correctamente y que ocasiona signos y síntomas muy floridos que alteran el estado general de la embarazada (Mendoza, 2013).

La desimanación hematógena de Staphylococcus aereus da lugar a una pielonefritis con accesos corticales la clínica que presenta dolor lumbar unilateral con puño percusión positiva, fiebre escalofríos con afectación variable del estado general y síndrome cistitico que no aparece en todos los casos.

Se presenta en cerca del 2% de las mujeres embarazadas, y el 23% tendrá una recurrencia (Vergara, 2013).

Es importante el tratamiento precoz para prevenir complicaciones. La internación no siempre es necesaria, pero se la indica en caso de signos de sepsis o deshidratación, vómitos, o contracciones. El tratamiento no se debe iniciar en forma empírica (Presern C, 2005). La administración parenteral se mantendrá hasta que la paciente esté afebril, lo que suele ocurrir a las 24 a 48 horas. La principal razón de fracaso en el tratamiento es la resistencia al antibiótico.

4.3.5. DIAGNÓSTICO

- Tirilla reactiva: nitritos + (sensibilidad 57%).
- EMO: bacterias+, nitritos+, estearasa leucocitaria+,leucocitos+, eritrocitos + (cistitis).
- Urocultivo: más de 100.000 colonias/ml. (Gérmen másfrecuente: E. Coli).
- Solicite en toda embarazada en su primera visita sin importar la edad de gestación, entre las 12 a 16 semanas y en el tercer trimestre del embarazo.
- Biometría Hemática: leucocitosis con desviación a la izquierda.

4.3.6. TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA INFECCION DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO: **BACTERIURIA ASINTOMÁTICA Y CISTITIS AGUDA (**muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)
1. Realice o complete la historia clínica perinatal y el carné perinatal.
2. Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura.
3. Realice evaluación obstétrica que incluya frecuencia cardiaca fetal por cualquier método.
4. Registre la existencia en el registro de control prenatal de exámenes de laboratorio: Asegúrese de que conste **EMO y Urocultivo**.
5. Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados. **Indispensable solicitar EMO y Urocultivo.**
6. Si la paciente es sintomática, tranquilicela e informe sobre su condición.
7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y la de sus familiares.
8. Brinde apoyo emocional continuo y explique los pasos a seguir.
9. Administre tratamiento si cumple con: • Paciente asintomática o sintomática. • Examen microscópico de orina infeccioso (nitritos positivos, estearasa leucocitaria positiva, presencia de bacterias o piuria), o • Urocultivo positivo (reporta más de 100.000 colonias/ml).
10. Considere las siguientes medidas generales: • Si esta asintomática, actividad normal. • Si es sintomática, reposo relativo dependiendo del malestar general. • Sugiera hidratación vía oral exhaustiva. • Según necesidad control de temperatura por medios físicos y/o Acetaminofén 500 mg cada 8 horas hasta que cedan los síntomas.
11. **ANTIBIOTICOTERAPIA INICIAL:** por 72 horas, inicio previa toma de muestra para urocultivo con **UNO** de los siguientes antibióticos: • **Ampicilina** 250-500 mg VO cada 6 horas, o

• **Cefalexina** 250-500 mg VO cada 6 horas, o • **Eritromicina** 250-500 mg VO cada 6 horas, o • **Amoxicilina** 500 mg VO cada 8 horas, o • **Nitrofurantoína** 50-100 mg cada 6 horas (no sobre las 37 semanas), o • **Fosfomicina** 3 gr VO dosis única, o • **Ampicilina/Sulbactam** 375 mg VO cada 12 horas, o • **Amoxicilina/Clavulánico** 250 mg VO cada 6 horas, o • **Trimetropim/Sulfametoxasol** 160/80 mg cada 12 horas (solo en II trimestre) o 320/1600 mg dosis única. **Con el resultado del urocultivo y antibiograma valore la continuidad o el cambio apropiado del antibiótico para completar mínimo 7 días de tratamiento.**
12. Si la mejoría clínica no se presenta, considere cambio de antibiótico y/o referencia al nivel de especialidad.
13. Seguimiento: con cultivo de orina a las dos semanas del episodio agudo **(prueba de cura)** y cada mes **(para ver recurrencias)**; si urocultivo positivo dar tratamiento den base a antibiograma e iniciar **terapia supresiva** hasta 4 a 6 semanas postparto.
14. Programe una cita para control de tratamiento a las dos semanas.
15. NO OLVIDE solicitar según protocolo de control prenatal urocultivo entre las 12 y 16 semanas y nuevamente en el tercer trimestre de la gestación.

(Sistema Nacional de Salud , 2015)

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA INFECCION DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO: **PIELONEFRITIS** **(**muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)
1. MANEJO INICIAL SIMILAR A BACTERIURIA ASINTOMÁTICA Y CISTITIS AGUDA DEL PUNTO 1 AL 7.
2. Brinde apoyo emocional continuo y explique los pasos a seguir.
3. **Con el diagnostico probable, disponga su ingreso** a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.
4. **MANEJO HOSPITALARIO:**

- Reposo relativo según estado general.
- Dieta blanda + líquidos abundantes.
- Control de ingesta y excreta.
- Bajar temperatura por medios físicos.
- Acetaminofén 1 gr VO si temperatura > 38,5 ° C.
- Curva térmica.
- Control de signos vitales maternos y fetales.
- Líquidos intravenosos SS 0,9% 1000 cc IV 125 cc/h según hidratación.
- **ANTIBIOTICOTERAPIA INICIAL:** por 72 horas, inicio previa toma de muestra para urocultivo, valore eficacia, seguridad, conveniencia y costo. Con el resultado del urocultivo y antibiograma valore la continuidad o el cambio apropiado de antibiótico para completar 7 días de tratamiento:
- **Cefazolina** 1-2 gr IV cada 6-8 horas.
- **Gentamicina** 2 mg/Kg dosis inicial IV luego 1,5 mg/Kg IV cada 8 horas o gentamicina 5 mg/Kg IV cada día.
- **Cefuroxima** 0,75-1,5 gr IV cada 8 horas.
- **Ceftriaxone** 1-2g IV o IM cada día.

5. Mantener tratamiento intravenoso mientras persista la fiebre, si la sintomatología remite se puede hacer la conversión a tratamiento oral hospitalario y luego ambulatorio por 7 a 14 días.

6. **ANTIBIÍTICO ESPECÍFICO:**
   - Si la paciente presenta signos de gravedad: sepsis, alteraciones respiratorias iniciar un segundo antibiótico con Gentamicina (2 mg/Kg dosis inicial IV luego 1,5 mg/Kg IV cada 8 horas) o Aztreonam (500-1000 mg IV cada 8 horas).

7. Proceda a la contrareferencia escrita a la unidad de origen si aplica. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrareferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para análisis en la unidad de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.

8. Seguimiento: con cultivo de orina a las dos semanas del episodio agudo **(prueba de cura)** y cada mes **(para ver recurrencias)**; si urocultivo positivo dar tratamiento den base a antibiograma e iniciar **terapia supresiva** hasta 4 a 6 semanas postparto.

9.	Programe una cita para control a las dos semanas. **NO OLVIDE** solicitar según protocolo de control prenatal urocultivo entre las 12 y 16 semanas y nuevamente en el tercer trimestre de la gestación.

(Sistema Nacional de Salud , 2015)

5. MATERIALES Y MÉTODOS.

5.1. TIPO DE ESTUDIO

Retrospectivo y descriptivo.

5.2. ÁREA DE ESTUDIO

El Hospital Universitario de Motupe de la Universidad Nacional de Loja/Subcentro de Salud del Área de Salud No. 3 de la Dirección Provincial de Salud (MSP). Se encuentra ubicado en el Barrio Motupe Bajo, el mismo que se encuentra al Norte de la ciudad de Loja a unos 7 Km., pertenece a la Parroquia San Juan del Valle.

5.3. UNIVERSO

Estuvo constituido por 17 gestantes con amenaza de parto pre termino atendidas por consulta externa en el servicio de gineco-obstetricia durante el periodo de Mayo – Noviembre del 2015.

5.4. MUESTRA

Estuvo conformada por 15 pacientes que presentaron amenaza de parto pre término e infección de vías urinarias comprobadas con el examen Elemental y Microscópico de Orina y el Urocultivo.

5.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Gestantes con diagnóstico médico de amenaza de parto pre término.
- Gestantes con edad gestacional de 28 a 36,6 semanas.
- Gestantes con edad de 15 a 45 años de edad.
- Gestantes con primoinfección o infección recurrente de vías urinarias comprobada por el Elemental y Microscópico de Orina y el Urocultivo.
- Gestantes sin tratamiento previo para la infección de vías urinarias.
- Gestantes primigestas y multigestas con amenaza de parto pre término.
- Gestantes que presenten actividad uterina (1-3 contracciones); borramiento de cuello uterino y dilatación cervical (1 a 3 cm).

5.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres embarazadas que tengan infección de vías urinarias que no sea comprobado por el Elemental y Microscópico de Orina y el Urocultivo.
- Las gestantes con amenaza de parto pre término provocado por otras patologías como diabetes mellitus, preclampsia, eclampsia.
- Mujeres embarazadas con infección de vías urinarias que estén con tratamiento de antibioticoterapia

5.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la realización del proyecto se utilizó una guía de recolección de datos (Anexo 1) en donde se anotó el cuadro clínico que presentó cada una de las gestantes, para de esta manera determinar la relación de la amenaza de parto pre término con la infección de vías urinarias y en qué edad se presentó más frecuentemente; se utilizó las historias clínicas para revisar los exámenes de laboratorio como elemental y microscópico de orina y el urocultivo para determinar cuál fue el agente etiológico más frecuente; se determinó si la infección de vías urinarias fue sintomática o asintomática y si afectó al tracto urinario alto o bajo mediante la clínica que presentó la paciente y el examen de laboratorio. También se identificó la presencia de amenaza de parto pre término determinando la presencia de contracciones uterinas, borramiento del cuello del útero y la dilatación cervical obtenido de las historias clínicas de las pacientes; se identificó la edad gestacional que se presenta con más frecuencia la amenaza de parto pre término y su relación con las infecciones de vías urinarias.

5.8. PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS

- Se solicitó el permiso pertinente para la realización de mi trabajo investigativo en el servicio de gineco-ostetricia del Hospital Universitario de Motupe (Anexo 3).
- Una vez que obtuve el permiso procedí a recolectar la información en las gestantes que se atendieron en consulta externa del servicio de gineco-obstetricia.

- De las gestantes atendidas procedí a determinar cuántas tuvieron infección de vías urinarias, a las cuales se les realizó un urocultivo para determinar el agente etiológico más frecuente.
- Con todos los datos obtenidos realicé un análisis para ver en si hay relación entre la amenaza de parto pre término y las infecciones de vías urinarias y cuál es el agente etiológico más frecuente.

5.9. FUENTES DE INFORMACIÓN

- Primaria: historia clínica de las gestantes

5.10. PLAN DE ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE LOS DATOS

Se registraron y analizaron los datos obtenidos en el programa EPI info y se proyectaron los datos en tablas.

6. RESULTADOS

TABLA # 1: PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO.

GESTANTES ATENDIDAS EN CONSULTA EXTERNA	FRECUENCIA	PROCENTAJE
Sin amenaza de parto pre término	98	85.2%
Con amenaza de parto pre término	17	14.8%
TOTAL	**115**	**100%**

ELABORADO POR: Andrea Elizabeth León Collahuazo
FUENTE: Historia clínica de las pacientes.

ELABORADO POR: Andrea Elizabeth León Collahuazo
FUENTE: Historia clínica de las pacientes.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

En el presente cuadro podemos observar que el 14.8% (n=17) son gestantes que presentaron amenaza de parto pre término presentando contracciones uterinas, borramiento cervical y dilatación cervical y el 85.2% (n=98) no presentaron amenaza de parto pre término; por lo que estos datos son similares a los obtenidos en otros países.

TABLA # 2: AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO E INFECCION DE VÍAS URINARIAS.

CAUSA DE LA AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Gestantes con infección de vías urinarias comprobada por laboratorio	15	88.2%
Gestantes con infección de vías urinarias no comprobada por laboratorio	2	11.8%
Total	**17**	**100%**

ELABORADO POR: Andrea Elizabeth León Collahuazo
FUENTE: Historia clínica de las pacientes.

2r3

ELABORADO POR: Andrea Elizabeth León Collahuazo
FUENTE: Historia clínica de las pacientes.

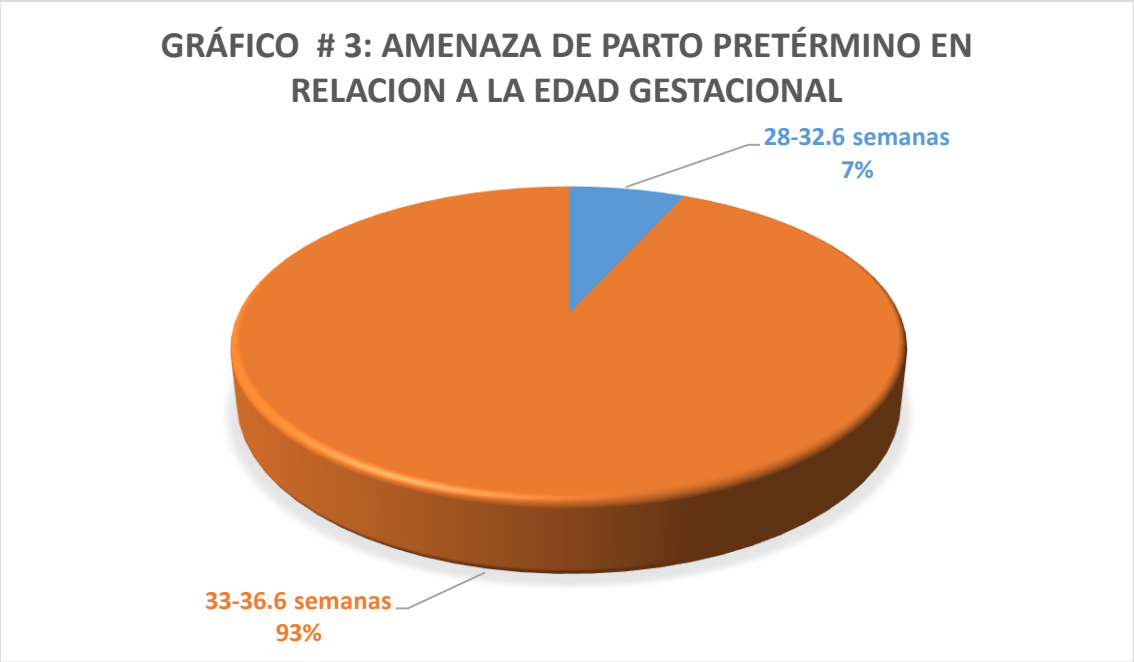
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

El presente cuadro nos indica que el 88.2% (n=15) son gestantes con amenaza de parto pre término e infección de vías urinarias comprobadas con EMO y urocultivo y, el 11.8% (n=2) de las gestantes presentaron amenaza de parto pre término con sintomatología de infección de vías urinarias, cuya infección no pudo ser validada con EMO y urocultivo.

TABLA # 3: AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN RELACION A LA EDAD GESTACIONAL

EDAD GESTACIONAL	FRECUENCIA	PROCENTAJE
28-32.6 semanas	1	6.7%
33-36.6 semanas	14	93.3%
TOTAL	**15**	**100%**

ELABORADO POR: Andrea Elizabeth León Collahuazo
FUENTE: Historia clínica de las pacientes.



ELABORADO POR: Andrea Elizabeth León Collahuazo
FUENTE: Historia clínica de las pacientes.

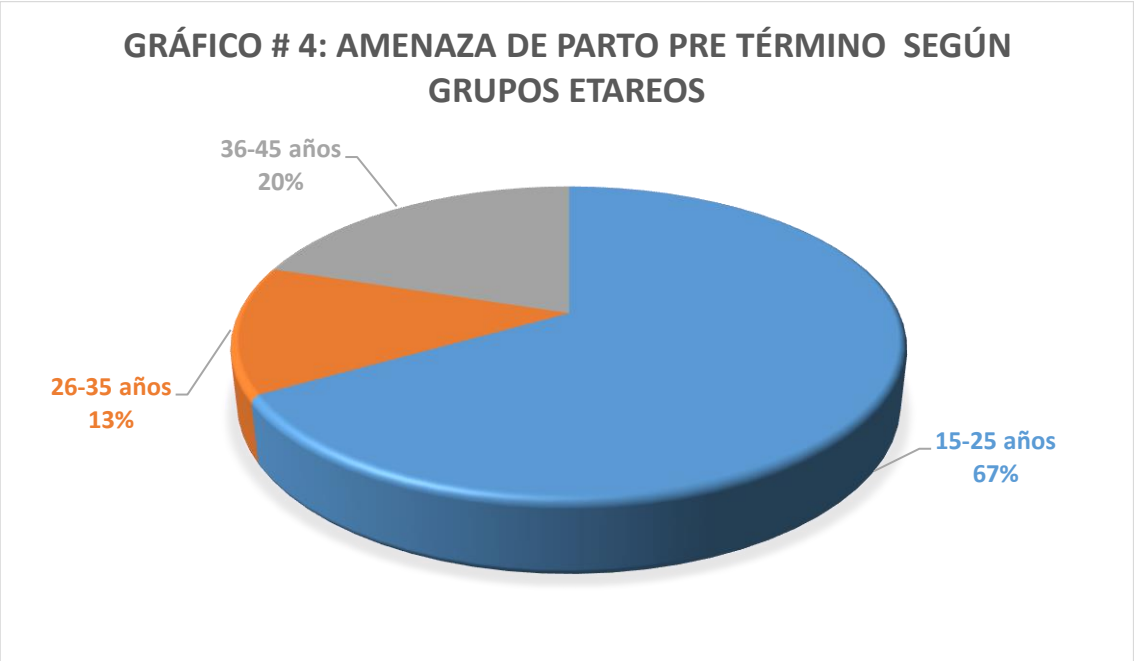
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

El presente cuadro nos indica que la edad gestacional donde se presentó con mayor frecuencia la amenaza de parto pre término y la infección de vías urinarias es en el tercer trimestre del embarazo (33-36.6 semanas) con un 93.3% (n=14) y, el 6.7% (n=1) se presentó entre la semana 28 – 32.6 semanas de gestación; lo cual tiene relación con otros estudios realizados en otros países.

TABLA # 4: AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO SEGÚN GRUPOS ETAREOS

EDAD MATERNA	FRECUENCIA	PROCENTAJE
15-25 años	10	66.7%
26-35 años	2	13.3%
36-45 años	3	20.0%
TOTAL	**15**	**100%**

ELABORADO POR: Andrea Elizabeth León Collahuazo
FUENTE: Historia clínica de las pacientes.



ELABORADO POR: Andrea Elizabeth León Collahuazo
FUENTE: Historia clínica de las pacientes.

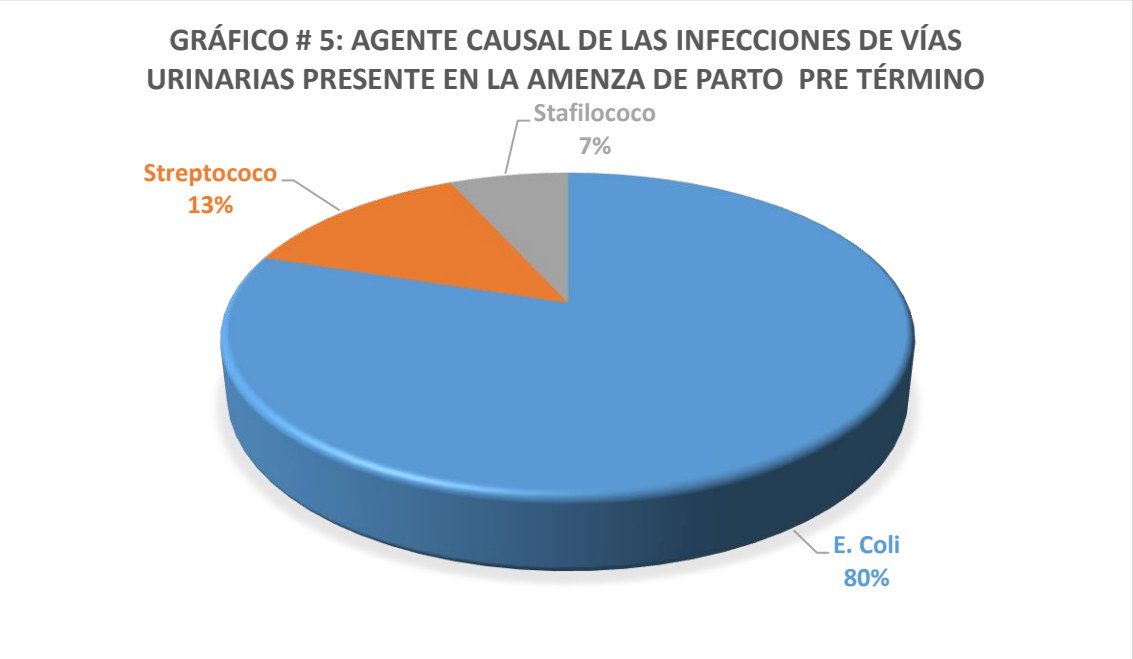
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

En el siguiente cuadro se evidencia que la edad materna que mayormente se presenta la amenaza de parto pre término causada por la infección de vías urinarias es entre los 15 – 25 años con el 66.7% (n=10); seguida del 20% (n=3) entre las edades de 36-45 años y, el 13.3% (n=2) se presentó entre las edades de 26-35 años.

TABLA # 5: AGENTE CAUSAL DE LAS INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS PRESENTE EN LA AMENZA DE PARTO PRE TÉRMINO

AGENTE CAUSAL	FRECUENCIA	PROCENTAJE
E. coli	12	80.0%
Streptococo	2	13.3%
Stafilococo	1	6.7%
TOTAL	**15**	**100%**

ELABORADO POR: Andrea Elizabeth León Collahuazo
FUENTE: Historia clínica de las pacientes.



ELABORADO POR: Andrea Elizabeth León Collahuazo
FUENTE: Historia clínica de las pacientes.

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS:

En el siguiente cuadro se puede observar que el agente causal que más frecuentemente se presentó en la amenaza de parto pre término es la E. coli con el 80% (n=12); seguida del Streptococo con el 13.3% (n=2) y el Stafilococo con el 6.7% (n=1); con lo que se relaciona con otros estudios realizados.

TABLA # 6 CUADRO CLÍNICO DE LAS INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS EN LAS PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO.

CUADRO CLÍNICO	FRECUENCIA	PROCENTAJE
Asintomático	14	93.3%
Sintomático	1	6.7%
TOTAL	**15**	**100%**

ELABORADO POR: Andrea Elizabeth León Collahuazo
FUENTE: Historia clínica de las pacientes.

ELABORADO POR: Andrea Elizabeth León Collahuazo
FUENTE: Historia clínica de las pacientes.

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS:

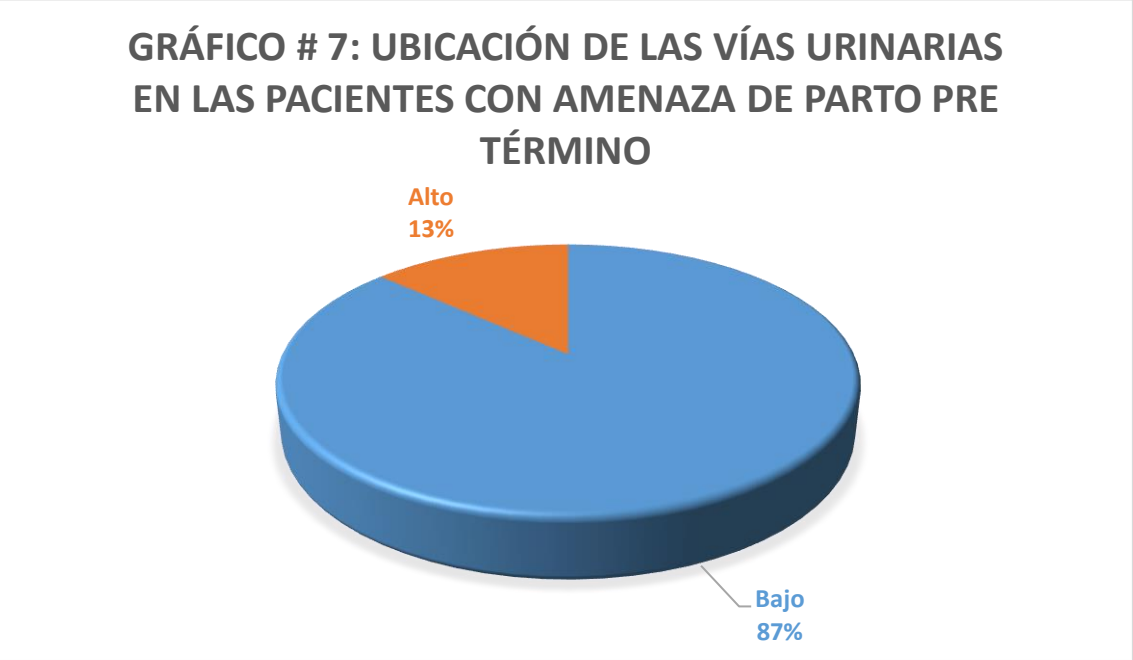
En la siguiente tabla se evidenció que el cuadro clínico de la infección de vías urinarias presente en la amenaza de parto pre término es de tipo asintomático con el 93.3% (n=14) y, el 6.7% (n=1) es de tipo sintomático.

TABLA # 7: UBICACIÓN DE LAS VÍAS URINARIAS EN LAS PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO

TRACTO URINARIO	FRECUENCIA	PROCENTAJE
Alto*	2	13.3%
Bajo*	13	86.7%
TOTAL	**15**	**100%**

*La afección del tracto urinario se determinó de acuerdo al examen de laboratorio y a la clínica.

ELABORADO POR: Andrea Elizabeth León Collahuazo
FUENTE: Historia clínica de las pacientes.



ELABORADO POR: Andrea Elizabeth León Collahuazo
FUENTE: Historia clínica de las pacientes.

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS:

En el siguiente cuadro se observa que la ubicación de la infección de las vías urinarias que mayormente se afecta es el tracto urinario bajo con el 86.7% (n=13) determinado mediante la clínica de la paciente y el examen de laboratorio. Y el 13.3% (n=2) afecta al tracto urinario alto.

7. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Al área de consulta externa de gineco-obstetricia del Hospital de Motupe acudieron 200 pacientes en el periodo de Mayo – Noviembre del 2015 de las cuales 115 pacientes presentaron infección de vías urinarias, de estas gestantes 17 presentaron amenaza de parto pre término, así tenemos que del universo de gestantes el 88.2% presentaron infección de vías urinarias comprobadas con elemental y microscópico de orina y urocultivo, que es un valor elevado y acorde a las estadísticas de estudios realizados en otros países latinoamericanos; el 14.8% presentaron amenaza de parto pre término que con tratamiento adecuado se logró controlarlo.

La edad gestacional en que con más frecuencia se presentó amenaza de parto pre término acompañada de infección de vías urinarias fue en el tercer trimestre del embarazo con el 93.3%, que es similar a los estudios realizados en Trujillo-Perú y en ciudades de nuestro país como es en Guayaquil.

En este estudio, además se evidenció que la edad materna más frecuente en donde se presentó amenaza de parto pre término con infección de vías urinarias es entre 15 a 25 años con el 66.7% que es más elevado de los observados en otros países en donde el porcentaje es menor, como sucede en Bolivia en donde el porcentaje es del 37%; en cambio, las estadísticas son similares en nuestro país como es el la cuidad de Ambato en donde estudios realizados determinan que el grupo de edad que más se afecta es entre los 14 – 20 años de edad con el 68.32%.

De igual manera se determinó el cuadro clínico de las infecciones de vías urinarias evidenciándose que es más frecuente que las gestantes presenten cuadro clínico asintomático de infección de vías urinarias con el 93.3%, siendo esta más elevada en comparación con otros estudios realizados como es en Veracruz – México en donde la bacteriuria asintomática es más frecuente con el 60%.

El agente causal que se presenta con mayor frecuencia en las infecciones de vías urinarias durante la amenaza de parto pre término es la E. coli con el 80% y afectando mayormente a las vías urinarias bajas con un 86.7% que es similar a estudios realizados en otras ciudades de nuestro país.

8. CONCLUSIONES

1. En el presente estudio se encontró que la infección de vías urinarias fue causante del 14.8% de los casos de amenaza de parto pre término; y de estos el 88.2% fueron confirmadas con examen de laboratorio.
2. La edad gestacional que más frecuente se presenta la amenaza de parto pre término fue entre las 33- 36.6 semanas de gestación con un 93.3%.
3. La edad materna que mayormente se presenta la amenaza de parto pre término en entre los 15 y 25 años de edad con un 66.7%.
4. El agente etiológico que se presenta en las infecciones de vías urinarias durante la amenaza de parto pre término es la E. Coli con el 80%.
5. La infección de vías urinarias que mayormente afecta a las mujeres embarazadas es el de tipo asintomático con el 93.3%.
6. Las gestantes con amenaza de parto pre término presentan más frecuentemente infección de vías urinarias bajas con el 86.7%.

9. RECOMENDACIONES

1. Conociendo el riesgo que produce la infección de vías urinarias tanto al feto como a la madre, el conocimiento de este porcentaje, nos lleva a que el equipo médico recomiende a las gestantes un control adecuado desde los primeros meses del embarazo.
2. Los controles en el tercer trimestre del embarazo deben ser más continuos para detectar oportunamente las infecciones de vías urinarias disminuyendo así la afectación tanto materna como fetal que puede llegar hasta la muerte de los mismos.
3. Es importante dar a conocer a las gestantes, especialmente, muy jóvenes de este riesgo que podría producir catástrofes tanto para el feto como para la madre.
4. Las medidas higiénicas son importantes para evitar que la E. Coli provoque infecciones de vías urinarias en las gestantes.
5. Reconocer la sintomatología tempranamente es importante para abordar las infecciones en forma oportuna.
6. Generalmente la sintomatología que presentan las gestantes corresponde a las vías urinarias bajas, lo que es importante enseñar a las gestantes que acudan a los centros médicos para determinar si existe o no infección de vías urinarias.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Acosta, J., Ramos, m., Zamora, L., & Murillo, J. (2014). Prevalencia de infección de vías urinarias en pacientes hospitalizadas con amenaza de parto pre término. ginecol Obstet Mex, 738.

2. Andina, E. (junio de 2012). TRABAJO DE PARTO Y PARTO NORMAL. Obtenido de GUIAS DE PRACTICAS Y PROCEDIMIENTOS : https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=8&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj3vPC8_MDKAhVMqR4KHQnOBKUQFghJMAc&url=http%3A%2F%2Fwww.sarda.org.ar%2Fcontent%2Fdownload%2F797%2F5739%2Ffile%2F63-74.pdf&usg=AFQjCNHIEgv1y2NpvU5fp24OHX1ylsKMTQ&si

3. Arroyane, Cardona, & Castaño. (20 de Mayo de 2010). Caracterizacion de la infeccion de vias urinarias en mujeres embarazadas. Obtenido de http://www.redalyc.org/pdf/2738/273819434003.pdf

4. Cisneros. (febrero de 2014). Infeccion Urinaria asociada en amenaza de parto pre término. Obtenido de http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/TesisCisneros.pdf

5. Donozo, & Oyarzún. (8 de Septiembre de 2012). MEDware. Obtenido de Parto Prematuro: http://www.medwave.cl/medios/medwave/septiembre2012/PDF1/medwave.2012.08.5477.pdf

6. Faneite, G., & Guninad. (2010). Amenaza de parto pre término e infeccion urinaria. Revista de Ginecología y Obstetricia de Venezuela.

7. Ferriera. (2011). Infeccion de vias urinarias durante el embarazo. revista colombiana Ginecologia y obtetricia.

8. García. (2011). Infeccion en la mujer embarazada. Microbiología Médica.

9. Garcia, F. (2010). diagnostico y manejo del parto pre termino. Guía de Práctica clinica:.

10. Garcia, O. (2015). farmacoterapeutica de amenaza de parto pretermino. revista colombiana, 79-89.

11. Giraldo, P., Araujo, E., & JUnior, J. E. (01 de enero de 2012). BVS. Obtenido de The prevalence of urognital infections in pregnant women experience preterm and full-term labor: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3296138/?tool=pubmed

12. Gomez. (enero - marzo de 2012). prevalencia del Tracto urinario y su relacion con la infeccion de vias urinarias . Obtenido de http://bibliotecadigital.umsa.bo:8080/rddu/bitstream/123456789/4211/1/T-PG-884.pdf

13. INEC. (2011). Redatam-INEC. Obtenido de http://redatam.inec.gob.ec/cgibin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=VITAL2011&MAIN=WebServerMain.inl

14. Laterra. (2010). Amenaza de parto prematuro. Guías de Prácticas Clínicas, 20-22.

15. Lozano, & Gioconda. (Mayo de 2013). Infeccion de vias urinarias como causa principal de amenaza de parto prematuro. Obtenido de http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/3693/1/INFECCION%20DE%20VIAS%20URINARIAS%20COMO%20PRINCIPAL%20CAUSA%20DE%20APP%20EN%20EL%20HPDA.pdf

16. Macario, T. (Febrero de 2014). Infeccion del tracto urinario en la amenaza de parto prematuro. Obtenido de http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9322.pdf

17. Mendoza, S. (febrero de 2013). Factores que inciden en la amenaza de parto pre término. Obtenido de http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1798/1/TESIS%20DE%20GRADO%20DE%20SANCHEZ%20MENDOZA.pdf

18. MSP-MAIS. (2012). Modelo de Atencion de Salud. MAIS, 53-58.

19. Pantaleon, C. Q. (2 de febrero de 2011). Atencion Al Parto Normal. Obtenido de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_embarazadas.pdf

20. Quiroz, G. (2015). Amenaza de Parto Pre Término. Revista Clínica de la Escuela de Médicina UCR.

21. Rodriguez, & Gonzalez. (15 de Octubre-Diciembre de 2011). Scielo. Obtenido de Relación de las citoquinas proinflamatorias con la corioamnionitis subclínica y el parto pre término: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000400013

22. Rojas. (Noviembre de 2011). AGENTE ETIOLOGICO MAS FRECUENTE EN INFECCION URINARIA RECURRENTE EN EMBARAZDAS 1º Y 3º TRIMESTRE. Obtenido de http://www.grin.com/es/e-book/197357/agente-etiologico-mas-frecuente-en-infeccion-urinaria-recurrente-en-embarazdas

23. Ruiz. (2011). monografias . Obtenido de Factores de riesgo para amenaza de parto prematuro en adolescentes de Chinandega: http://www.monografias.com/trabajos89/factores-riesgo-amenaza-parto-prematuro/factores-riesgo-amenaza-parto-prematuro.shtml

24. Saldaña. (Diciembre de 2012). Infeccion de tracto urinario asociado a parto pre término. Obtenido de http://dspace.unitru.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/382/Salda%C3%B1aGarcia_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y

25. Sifontes. (2011). incidencia de las infecciones urinarias en la amenaza ded parto pre término. Revista colombiana Obstetricia y Ginecologia.

26. Sistema Nacional de Salud . (2015). Componente Normativo Materno Neonatal. Republica del Ecuador.

27. Ugalde, D., Hernández, M., & al, e. (2012). scielo. Obtenido de infeccion del tracto genital y urinario como Factores de riesgo para parto pre término en adolescentes: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000500003

28. Vergara. (26 de Febrero de 2013). Protocolo de Parto Pre término. Obtenido de E.S.E. Clínica de Maternidad Rafael Calvo C.: http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLO_PARTO_PRETERMINO.pdf

11. ANEXOS

ANEXO # 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

GUÍA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TEMA: "AMENAZA DE PARTO PRETERMINO Y SU RELACIÓN CON LAS INFECCIONES DE LAS VÍAS URINARIAS".

La presente guía de recolección de datos se utilizará para obtener los datos necesarios para la realización de mi estudio investigativo.

1. **DATOS GENERALES**
   - N° DE REGISTRO:……..
   - N° DE HISTORIA CLÍNICA:……..
   - EDAD:…….....
   - EDAD GESTACIONAL:……...
   - PRIMIGESTA:

     SI ( ) NO ( )
   - MULTIGESTA:

     SI ( ) NO ( )
2. **AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO:**

   SI ( ) NO ( )
   - CONTRACCIONES UTERINAS:
     - Frecuencia:…….
     - Minutos:……..
     - Duración:……
   - BORRAMIENTO DEL CUELLO UTERINO:……..
   - DILATACION CERVICAL:……

3. **INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS:**

- EMO: SI ( ) NO ( )
- UROCULTIVO:
  - E. Coli SI ( ) NO ( )
  - Streptococos SI ( ) NO ( )
  - Stafilococos SI ( ) NO ( )
  - Proteus SI ( ) NO ( )
  - Klebsella SI ( ) NO ( )
- CUADRO CLÍNICO
  - Sintomático SI ( ) NO ( )
  - asintomático SI ( ) NO ( )
- TRACTO URINARIO
  - ALTO ( ) BAJO ( )
- TRATAMIENTO PREVIO PARA LA INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS

  SI ( ) NO ( )
- CUADRO NUEVO DE INFECCION:

  SI ( ) NO ( )
- CUADRO A REPETICIÓN DE LA INFECCION:

  SI ( ) NO ( )

ANEXO # 2

Loja, 15 de Noviembre del 2015

Dr. Juan Cuenca

DIRECTOR DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

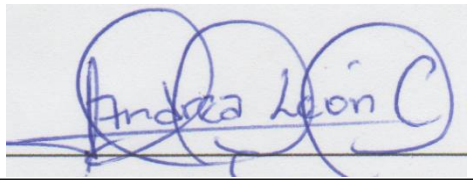
Ciudad.-

De mi consideración:

Yo, **ANDREA ELIZABETH LEÓN COLLAHUAZO**, con CI Nº **1104893266**, estudiante del X Módulo de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, por medio de la presente me dirijo ante su digna autoridad para solicitarle muy comedidamente se me otorgue permiso correspondiente para realizar el trabajo de campo del proyecto de tesis de mi autoría titulado: **"AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO Y SU RELACIÓN CON LAS INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS"** realizado en el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE** durante el periodo de **MAYO A NOVIEMBRE DEL 2015.** La presente tesis es un estudio estadístico, retrospectivo en la que la recolección de datos lo realizaré mediante las historias clínicas de las pacientes atendidas en esta casa de salud. El presente trabajo se encuentra autorizado y respaldado por mi directora de tesis Dra. María de los Ángeles Sánchez Tapia docente de medicina de la Universidad Nacional de Loja.

Por su favorable atención a la presente le antelo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente:



ANDREA ELIZABETH LEÓN COLLAHUAZO

CI: 1104893266

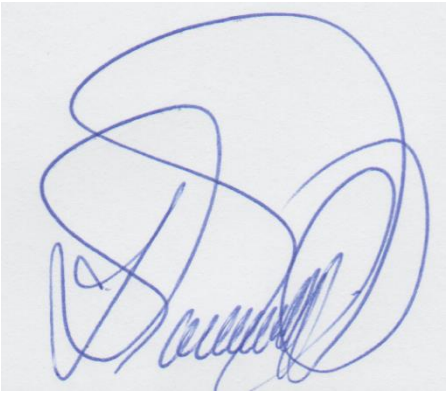
ANEXO # 3

Loja, 16 de Noviembre del 2015

A quien corresponda:

Yo, Juan Cuenca, Director del Hospital Universitario de Motupe autorizo a la Srta. **Andrea Elizabeth León Collahuazo** con cédula de ciudadanía: **1104893266** realice la recolección de datos de las historias clínicas de las pacientes atendidas en consulta externa del departamento de gineco-obstetricia durante el periodo Mayo – Noviembre del 2015 para realizar la investigación titulada: **"AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO Y SU RELACIÓN CON LAS INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS"**.

Por la favorable atención a la presente le antelo mis más sinceros agradecimientos.



Dr. Juan Cuenca

DIRECTOR DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

ANEXO # 4

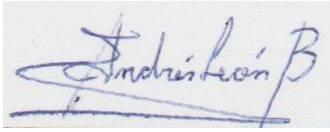
Loja, 12 de Noviembre del 2016

Sr. Mílton Andrés León Bustamante

FIRST CERTIFICATE IN ENGLISH. NIVEL B2 SEGÚN EL MARCO COMÚN EUROPEO DE REFERENCIA PARA LAS LENGUAS

CERTIFICO:

Haber revisado la traducción al inglés del resumen de la tesis por la Srta. **Andrea Elizabeth León Collahuazo** titulado **"AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO Y SU RELACIÓN CON LAS INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS"**, para optar por el grado de **Médico General** en la Universidad Nacional de Loja, asegurando que este se encuentra en concordancia con las reglas gramaticales del idioma inglés, mantiene el sentido del texto original en español y hace uso de las traducciones correctas al traducri términos técnicos utilizados en la jerga científica de la medicina humana.



Mílton Andrés León Bustamante

CI: 1105657645

Universidad Nacional de Loja
Área de la Salud Humana
Carrera de Medicina Humana

AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO Y SU RELACIÓN CON LAS INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS

Proyecto de Tesis previa a la obtención del título de MÉDICO GENERAL.

Autora: Andrea Elizabeth León Collahuazo

Directora: Dra. María de los Ángeles Sánchez Tapia, Esp.

Loja – Ecuador

2016

TEMA

AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO Y SU RELACIÓN CON LAS INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS.

PROBLEMA

¿LA AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO ESTÁ EN RELACIÓN CON LAS INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS?

PROBLEMATIZACIÓN

En la actualidad la amenaza de parto pre término es la principal causa de morbimortalidad perinatal; es más frecuentemente causada por infecciones del tracto urinario, por tal motivo es muy importante realizar oportunamente la detección de estas infecciones para así disminuir este problema.

Esta entidad representa el 75% de las muertes perinatales y el 50% de las secuelas neurológicas atribuibles directamente a la prematurez y su frecuencia se estima del 5 al 10% de todos los embarazos (Acosta, Ramos, Zamora, & Murillo, 2014); cerca del 4,5% de los niños que nacen con peso inferior a los 1000g son legalmente ciegos y de los que nacen con edad gestacional inferior a las 32 semanas el 50% presentan mayor vulnerabilidad a padecer de hipoacusia (Vergara, 2013).

Durante el embarazo las infecciones de vías urinarias son comunes porque debido a los cambios anatómicos, fisiológicos y hormonales normales de este proceso pueden colonizarse; esta es una de las causas más frecuente que se asocia al parto prematuro con una incidencia entre el 3 y 12% (Acosta, Ramos, Zamora, & Murillo, 2014).

La amenaza de parto pre término tiene una incidencia a nivel mundial del 10% (Donozo & Oyarzún, 2012). En Europa las tasas se han elevado y de la década del 70 a nuestros días casi se han duplicado hasta alcanzar indicadores entre 7 y 8 %, en algunos centros incluso mayor, como el Hospital Universitario de Canarias del 9,8 % y en la Comunidad de Valencia del 9 % (Rodriguez & Gonzalez, 2011).

En las últimas décadas en los EE.UU. la amenaza de parto pre término ha aumentado al 12 - 13%; en México el principal factor materno asociado responsable del 40 y hasta

50% de los casos de amenaza de parto pre término son las infecciones de vías urinarias (Sifontes, 2011). En Veracruz – México se descubrió que las infecciones de vías urinarias está en un 73% de las gestantes con amenaza de parto pre término que tienen bacteriuria asintomática en el 60%; historia de infección urinaria en un 66% (Cisneros, 2014).

En Bolivia se investigó que la prevalencia de amenaza de parto pre término está en un 15.8%, con predominio del grupo etáreo entre los 15 – 19 años en 17 casos (37%), seguido del grupo etáreo entre 20 – 24 años en 13 casos (28.3%) (Gomez, 2012).

En cambio en Guatemala se encontró que la amenaza de parto pre término tiene una frecuencia de 32,11% en las gestantes de 20 a 25 años de edad seguidas por 17,67% entre las edades de 14 a 19 años; se les realizó urocultivo de los cuales el 70,9% fue positivo, siendo el 83% de estos positivos para E. Coli (Macario, 2014).

Se realizó una investigación en Caracas en el que se encontró que la incidencia de infección urinaria que provocó amenaza de parto prematuro fue del 68,69%. La edad de gestación más frecuente fue la entre 29 y 36 semanas 68,37%; de las cuales presentaron sintomatología urinaria 82,31% y con urocultivo positivo en el 70,06% y el germen más frecuente es la E. Coli en el 79,71% de los casos (Faneite & Guninad, 2010).

En Manizales – Colombia se publicó que el 36,1% de las gestantes presentaros infección de vías urinarias de las cuales el 45,9% fue detectado en el primer trimestre del embarazo siendo la bacteriuria asintomática la más frecuente con un 9,1% (Arroyane,

Cardona, & Castaño, 2010)

En un estudio de casos y controles realizado en Santiago se encontró que de las adolescentes con parto pre término el 54,3% presentaron infección de vías urinarias, mientras que solo 33,8% de estas presentaron parto a término (p=0,02) (Ugalde, Hernández, & al, 2012). En cambio en una publicación realizada en Brasil se detectó que las mujeres con amenaza de parto pre término tuvieron infección de vías urinaria en un 36,7% en comparación con las de parto a término con un 22,2%. (Giraldo, Araujo, & JUnior, 2012).

En Trujillo – Perú se realizó un estudio en el Hospital Dr. Pedro Emilio Carrillo en el que se encontró que la edad predominante en las pacientes embarazadas con infección urinaria recurrente se encuentra en el grupo de 19-23 años de edad en con un 36,52%, el trimestre de embarazo con mayor número es el tercero con un 72,17%. La frecuencia de infección urinaria durante el actual embarazo fue tres con un 29,27% encontrándose como microorganismo aislado fue E. coli (Rojas, 2011). En cambio en el Hospital Belén de Trujillo se encontró una frecuencia de 9,3% de amenaza de parto pre término siendo la causa más frecuente la infección de vías urinarias con una frecuencia del 64% (Saldaña, 2012).

En Ecuador la frecuencia de infecciones de vías urinarias durante el embarazo es de 55,39% y con amenaza de parto prematuro del 60,68% (INEC, 2011). En Guayaquil se

encontró que la amenaza de parto pre término fue más frecuente en el grupo etario entre los 30 a 34 con el 37%; siendo causada principalmente por infección de vías urinarias en el 43% en el que la E. coli el patógeno más frecuente (Mendoza, 2013).

En el Hospital Provincial de Ambato se investigó que la frecuencia de amenaza de parto pre término es de 40,59% siendo el grupo etáreo más afectado de 14 a 20 años de edad; el diagnostico mayoritariamente encontrado durante la amenaza de parto pre término es la infección de vías urinarias con 68.32% y la edad gestacional más frecuente fue entre 30 - 36.6 que es del 65.84% (Lozano & Gioconda, 2013).

En Manta se realizó un estudio en el que se encontró que la amenaza de parto pre término es más frecuente entre las 32 – 37 semanas de gestación con una frecuencia de 58,70%; la edad más afectada que se presentó es a los 18 años con un 12,67%; a las que se les realizó urocultivo de las cuales el 52,94% fueron positivos siendo el agente causal más frecuente la E. Coli (Parraga, 2007).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿LA AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO ESTÁ EN RELACIÓN CON LAS INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS?

JUSTIFICACIÓN

La amenaza de parto pre término es una patología que deja gran morbimortalidad perinatal dejando consecuencia graves en el niño; provocando alrededor del 75% de muerte perinatal y el 50% de secuelas neurológicas (Acosta, Ramos, Zamora, & Murillo, 2014). Con el tiempo se le ha ido dando cada vez más importancia en la patogénesis a los factores infecciosos; entre ellas tenemos las infecciones del tracto urinario, la cual es la complicación infecciosa más frecuente durante el embarazo, su incidencia fluctúa entre 10 y 12% (Gomez, 2012), esto se debe a que las modificaciones anatómicas y fisiológicas parecen predisponer a esta alta frecuencia de las mismas.

Debido a la alta frecuencia de infecciones de vías urinarias durante el embarazo la cual sin un tratamiento oportuno nos puede llevar a una amenaza de parto pre término me es conveniente determinar la relación de la amenaza de parto pre término con las infecciones de vías urinarias; buscar cual es el agente etiológico más frecuente que afecta a las mujeres con amenaza de parto pre termino y en qué edad gestacional se presentan más las infecciones de vías urinarias para así de esta manera procurar prevenir la amenaza de parto pre termino.

Debido a la alta frecuencia que se está presentando la amenaza de parto pre término y, a que no se han realizado estudios actuales en el Hospital de Motupe que determinen la magnitud del problema, es factible realizar este estudio ya que se han realizado estudios en otros lugares como son en la ciudad de Ambato que se encontró una frecuencia del 40,49% relacionándose con la infección de vías urinarias del 68,62% (Lozano & Gioconda, 2013); por lo tanto es muy importante realizar este estudio para así poder trabajar oportunamente con los médicos del lugar; y a educar de alguna manera a las mujeres gestantes que tengan en cuenta esta patología para que acudan oportunamente al centro de salud para que realicen el tratamiento adecuado para la infección de vías urinarias para de esta manera evitar que aparezca la amenaza de parto pre término.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Demostrar si la amenaza de parto pre término tiene relación con las infecciones de vías urinarias en las gestantes atendidas en consulta externa del departamento de gineco-obstetricia del Hospital de Motupe.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar en qué edad gestacional del embarazo pre término es más frecuente las infecciones de vías urinarias que produjo la amenaza de parto.
- Indagar en qué edad de las gestantes es más frecuente la amenaza de parto pre término.
- Identificar el agente etiológico más frecuente que provoca infecciones de vías urinarias en las gestantes con amenaza de parto pre término.
- Relacionar si las infecciones de vías urinarias que presentaron las gestantes fueron de tipo sintomático o asintomático.
- Determinar si la infección de vías urinarias fue del tracto urinario alto o bajo.

MARCO TEÓRICO

PARTO

El parto normal es el proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término (entre las 37 y las 42 semanas cumplidas). Su inicio es espontáneo, se desarrolla y finaliza sin complicaciones, culmina con el nacimiento de un bebé sano y no necesita más intervención que el apoyo integral y respetuoso (Pantaleon, 2011).

El trabajo de parto se divide en:

- Fase 1 o latente: Ocurre al final del embarazo hasta el inicio de las contracciones del trabajo de parto.
- Fase 2 o activa: Se compone de 3 periodos:
    - Primer período (periodo de dilatación): Se inicia cuando comienza el trabajo de parto. Las contracciones uterinas tienen la intensidad, frecuencia y duración suficiente como para producir el Borramiento y dilatación del cuello uterino hasta su dilatación completa. Ésta es la fase más larga del parto y la que puede resultar más pesada a la mujer. En las primerizas, puede durar desde 4 a 5 horas, hasta más de 12, y en las mujeres que ya han tenido un parto o más, desde 2 a 3 horas, hasta más de 8 horas.
    - Segundo periodo (periodo de expulsivo): Se inicia cuando el cuello uterino alcanza la dilatación completa y finaliza cuando el feto es expulsado Su duración es muy variable, y depende de muchos factores. Se considera normal una duración de una hora en primerizas y 30 minutos en mujeres que ya han tenido otro/s parto/s. Pero este período se puede prolongar, considerándose normal.
    - Tercer periodo (Alumbramiento): Comienza cuando se produce la expulsión fetal hasta la salida de la placenta (Andina, 2012).

AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO

DEFINICIÓN

La amenaza de parto pre término es la aparición de contracciones uterinas propias del trabajo de parto en pacientes con membranas íntegras entre las 20-36.6 semanas de embarazo, con pocas modificaciones del cuello uterino. Las contracciones uterinas deben

ser clínicamente palpables, de 30 segundos o más de duración y una frecuencia de una o más en diez minutos, durante un período mínimo de una hora, capaces de producir modificaciones cervicales leves; borramiento del cérvix uterino del 50% o menos, y una dilatación igual o menor a 3 cm.

El trabajo de parto pre término es la dinámica uterina igual o mayor a la descrita para la definición de amenaza de parto prematuro (4 contracciones en 20 minutos u 8 en 1 hora), pero con modificaciones cervicales mayores, tales como borramiento del cérvix mayor al 50% y una dilatación mayor de 3 cm. También llamado parto pre término establecido cuando la dinámica uterina es mayor.

El parto es el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento.

CLASIFICACION:

Según la edad de la gestión en que ocurre el parto se clasifican en:

- Parto inmaduro: entre las 21 a las 27,6 semanas de gestación.
- Parto pre término o prematuro: entre las 28 y 36,6 semanas.
- Parto a término: entre las 37 y 40 semanas.
- Parto pos término: más de 40-41.6 semanas
- Parto prolongado > 42 semanas de gestación.

El parto pre término es una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad perinatal y representa 75% de las muertes perinatales y 50% de las secuelas neurológicas atribuibles directamente a la prematurez. Su frecuencia se estima en 5 a 10% de todos los embarazos (Acosta, Ramos, Zamora, & Murillo, 2014).

En Chile, los partos pre términos han aumentado en la última década, pero corresponden a menos del 6% de los nacimientos, mientras que EEUU presenta una incidencia superior al 12% (Donozo & Oyarzún, 2012).

FACTORES DE RIESGO

Lograr la identificación de factores de riesgo para nacimientos pre término, antes de la concepción o tempranamente en el embarazo, conduciría a realizar intervenciones que podrían ayudar a prevenir un parto pre término. No obstante, realizar esta identificación

temprana es difícil debido a que un número importante de nacimientos pre términos ocurre en mujeres que no tienen factores de riesgo (Quiroz, 2015).

Además, algunas complicaciones obstétricas que terminan en parto pre término requieren de cofactores para ejercer sus efectos, haciendo que la cadena de causalidad sea difícil de documentar. Finalmente, aún no existe un adecuado modelo animal para lograr estudiar el parto pre término. Es importante tener en cuenta que el factor de riesgo más importante para predecir un parto pre término es tener el antecedente de parto pre término (Garcia, 2010), el cual representa un 15% después de uno y 30% si fueron dos partos pre término. Este antecedente incrementa de 1,5 a 2 veces el riesgo (Garcia O. , 2015).

Algunos de los factores de riesgo identificados son:

- Antecedentes de pérdidas gestacionales en el segundo trimestre, aborto habitual, anomalías uterinas, conización del cérvix, longitud cervical corta.
- En el anteparto: embarazos múltiples, ruptura prematura de membranas, polihidramnios, herragia anteparto, cirugía intraabdominal, infección del tracto urinario, infección materna severa, trauma físico emocional.
- Factores y condiciones maternas: infección bacteriana ascendente, enfermedades maternas como hipertensión arterial, diabetes mellitus o gestacional, trombofilias, entre otras, infecciones transplacentarias como sífilis, enfermedad periodontal, edad materna ≤18 a ≥ 40 años.
- Factores epidemiológicos y ambientales, factores socioeconómicos (bajo nivel socioeconómico) y psicosociales, etnia afroamericana (18,4%), tabaquismo, factores nutricionales como bajo peso materno, índice de masa corporal menor de 19,8 y periodo intergenésico corto.

ETIOLOGÍA

Entre los factores de riesgo epidemiológicamente relacionados a la aparición de amenaza de parto pre término espontáneo se destacan el nivel socioeconómico y el antecedente de parto pre término previo (RR de 2.62 CI del 95%, 1.99 a 3.44, según Mercer) (Cisneros, 2014). El embarazo múltiple constituye un factor de riesgo y está relacionado al 30% de los partos pre término y se ha relacionado con peor respuesta perinatal que los productos de embarazos simples de igual edad gestacional. Otros factores de riesgo están representados por infecciones del tracto genital, ruptura de membranas pretérmino, hemorragia anteparto, incompetencia cervical y anormalidades uterinas congénitas

(corresponden entre todas al 20–25% de casos) (Cortez, 2009); el restante (15–20%) corresponde a partos pre términos secundarios a desordenes hipertensivos del embarazo, restricción del crecimiento intrauterino, anormalidades congénitas, trauma y desordenes médicos del embarazo (Vergara, 2013).

Otro factor de riesgo tenemos a la edad materna en el que los extremos de la vida reproductiva son considerados como un factor de riesgo, por el aumento de las patologías perinatales que se presentan. Varios autores han demostrado una relación marcada entre la edad materna menor de 20 años o mayores de 34 años en la incidencia de la amenaza de parto pre término; las gestantes adolescentes debido a su falta de orientación hay mayor número de embarazos, llegando a generar un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la adolescente, además de condicionar y perturbar su proyecto de vida, lo que conlleva entre otros a una problemática de índole médico, pues las jóvenes muchas veces asisten a los centros de salud con las complicaciones del embarazo y el parto, por no haber tenido un debido control prenatal adecuado y por ende con un mayor riesgo de presentar amenaza de parto prematuro (Ruiz, 2011).

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

- Contracciones uterinas regulares (3 en 30 minutos o 1 en 10 minutos con duración < 30 segundos), que se irradia a región lumbosacra.
- Presión abdominal en la pelvis.
- Dolores tipo menstrual por encima del pubis.
- Spotting.
- Cambios cervicales: Dilatación < 3 cm.

DIAGNÓSTICO DE AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO

Frente a una paciente en la que se objetiva dinámica uterina regular, se deben realizar sistemáticamente y de manera ordenada:

- **Anamnesis dirigida.**
- **Exploración física** (descartar otro posible foco que de origen al dolor y/o a la dinámica uterina: fiebre, peritonismo, puño percusión.).
- **Exploración obstétrica:**
    - Comprobar frecuencia cardiaca fetal positiva.

- Valoración del abdomen (altura uterina, estática fetal, irritabilidad uterina.).
- **Espéculo:** visualización del cérvix (descartar amniorrexis, metrorragias.).
- **Tomar muestras para cultivo: Previo al tacto vaginal**.
    - Frotis rectal y vaginal (1/3 externo de vagina) para SGB.
    - Frotis endocervical SÓLO si existe exposición de membranas.
    - Sedimento y urocultivo.
- **TV:** valoración cervical mediante el Índice de Bishop; se debe valorar: Contracciones uterinas clínicamente documentadas (1/10 min, 3/30 min ó 6/60 min ó más). Dilatación cervical menor o igual de 3 cm. Borramiento cervical menor o igual de 50% (Vergara, 2013).
- **Ecografía transvaginal**: Se realizará entre la semana 20 y 34 de gestación, si es posible como complemento del examen cervical, si la contractibilidad no es franca o las modificaciones cervicales son dudosas. Una longitud cervical < 25 mm se asocia con un riesgo relativo de parto pre término de 4,8. El mayor valor predictivo positivo se obtiene con una longitud cervical inferior a 18 mm y el mejor valor predictivo negativo con una longitud superior a 30 mm. Por lo tanto, una longitud cervical de 25 mm en presencia de contracciones con las características mencionadas anteriormente es diagnóstico de amenaza de parto pre término. Si la longitud cervical es mayor, la probabilidad de amenaza de parto pre término es muy baja independientemente de la frecuencia de contracciones.
- **Test de fibronectina**: Se realizará entre las semanas 24 - 34 de edad gestacional en pacientes con riesgo de parto pre término. La fibronectina es una proteína extracelular que se encuentra en las membranas, decidua y líquido amniótico, con una función adhesiva entre el feto en desarrollo y la superficie interna del útero (interfasecoriodecidual). Tras la implantación del saco gestacional aparece fibronectina en las secreciones cervicovaginales. Puede encontrarse normalmente en ellas antes de la semana 20ª - 22ª y al final del embarazo. Su presencia entre las semanas 24ª y 34ª es poco frecuente, y puede indicar separación de las membranas fetales de la decidua. Un valor mayor a 50 ng/ml representa un riesgo incrementado de amenaza de parto pre término.

- RCTG: Dinámica uterina y descartar signos de pérdida del bienestar fetal.
- Analítica: Hemograma, bioquímica básica, coagulación y PCR.

Se deben descartar siempre otras patologías que contraindiquen la tocolisis: como corioamnionitis.

- Contracciones uterinas clínicamente documentadas (1/10 min, 3/30 min ó 6/60 min ó más).
- Dilatación cervical menor o igual de 3 cm.
- Borramiento cervical menor o igual de 50% (Vergara, 2013).

EVALUACIÓN DEL RIESGO

Se considerarán pacientes de alto riesgo cuando estén presentes UNO O MÁS de los siguientes criterios:

Criterios clínicos:

6. Bishop ≥ 5.
7. Parto pre término anterior espontáneo antes de la semana 34.
8. Pérdida gestacional tardía (≥ 17.0 semanas).
9. Gestación múltiple.
10. Portadora de cerclaje cervical en gestación actual.

Criterios ecográficos:

Gestaciones únicas:

- Longitud cervical < 25 mm antes de las 28.0 semanas.
- Longitud cervical < 20 mm entre las 28.0 y 31.6 semanas.
- Longitud cervical < 15 mm a las 32 semanas o más.

Se considerarán pacientes de bajo riesgo cuando no esté presente NINGUNO de los criterios citados anteriormente.

TRATAMIENTO DEL TRABAJO DE PARTO PRE TÉRMINO

PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO PRE TÉRMINO **(**muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)
20. Realice o complete la historia clínica perinatal y el carné perinatal.
21. Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura.
22. Realice evaluación obstétrica que incluya frecuencia cardiaca fetal por cualquier método y examen vaginal especular.
23. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: biometría hemática, TP, TTP, plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado. EMO – Urocultivo. Gram y fresco de secreción vaginal.
24. Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados. Si resultados indican IVU o infección vaginal brinde tratamiento según protocolo.
25. Tranquilice a la paciente e informe sobre su condición.
26. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y la de sus familiares.
27. Brinde apoyo emocional continuo.
28. Realice el primer examen o tacto vaginal en condiciones de asepsia, con lavado de manos previo y uso de guantes estériles descartables. Anticipe a la paciente el procedimiento y su utilidad.
29. La primera valoración debe ser realizada por el personal de más experiencia para evitar reevaluaciones antes de lo previsto determinando: • Dilatación cervical • Borramiento cervical. • Consistencia del cuello • Posición del cuello • Altura de la presentación fetal por planos de Hodge o por estaciones de DeLee. • Estado de las membranas y verificación de eliminación transvaginal de líquido amniótico (ver protocolo de RPM) • Verificar sangrado, tapón mucoso o leucorrea. • Capacidad de la pelvis en relación al tamaño fetal.

30. Si dispone de ecografía abdominal verifique la condición de cantidad de líquido amniótico (ILA), peso fetal y edad gestacional, además valore la longitud del cuello como predictor de parto pre término **(ALARMA si menor de 20 mm).**

31. Control de signos vitales cada 8 horas.

32. Con el diagnóstico probable disponga el ingreso a la unidad operativa o la referencia a una unidad de mayor resolución para atención por personal calificado si embarazo menor a 37 semanas; envíe a la paciente con la primera dosis de tratamiento tocolítico y de maduración pulmonar fetal (ver abajo) si no existen contraindicaciones; envía con la paciente la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.

33. **SI EL EMBARAZO ES < 37 SEMANAS REALICE MANEJO TOCOLÍTICO:**
    - **Nifedipina:** 10 mg VO cada 20 minutos por 3 dosis, luego 20 mg cada 4-8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o 72 horas.
    - **O Indometaciona:** 100 mg vía rectal cada 8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o 72 horas. **(SOLO EN EMBARAZOS < 32 SEMANAS)**

NO REALICE MAS DE DOS CICLOS DE TOCOLISIS

34. CONTRAINDICACIONES DE TOCOLISIS
    - Dilatación > 4 cm.
    - Corioamionitis
    - Preeclampsia, eclampsia, síndrome de Hellp
    - Compromiso del bienestar fetal o muerte fetal
    - Malformaciones fetales
    - Desprendimiento normo placentario.

35. **MADURACION PULMONAR FETAL**
    - **SI EMBARAZO > 24 Y < 34 SEMANAS:**
    - **Betametasona:** 12 mg IM y a las 24 horas (total 2 dosis)
    - **Dexametasona:** 6 mg IM y cada 12 horas (total 4 dosis)

NO SE REQUIERE NUEVAS DOSIS SEMANALES DE CORTICOIDES PARA CONSEGUIR EFECTOS BENEFICIOSOS PERINATALES.

36. **SI CORIOAMIONITIS:**
    - **Antibioticoterápia**

• Ampicilina 2 g IV cada 6 horas • Gentamicina 2 mg/Kg dosis inicial IV, luego 1,5 mg/Kg IV cada 8 horas o gentamicina 5 mg/Kg IV cada día • Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas (Incluir si se indica cesárea) **Finalización del embarazo según criterio obstétrico INDEPENDIENTEMENTE DE LA EDAD GESTACIONAL.**
37. Comunique del caso al Servicio de Neonatología
38. Si transcurridas 72 horas que se ha completado el esquema de maduración fetal persisten las contracciones determine finalización del embarazo por parto o cesárea según criterio obstétrico.

(Sistema Nacional de Salud , 2015)

INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS

DEFINICIÓN

La infección de las vías urinarias (IVU) es una condición en la cual las bacterias se establecen y multiplican en cualquier sector del tracto urinario, causando daño del mismo. (Arroyane, Cardona, & Castaño, 2010). Las infecciones urinarias Infección de vías urinarias son muy habituales, representan aproximadamente el 10% de las consultas realizadas por las mujeres. En las mujeres embarazadas, la incidencia de infección de vías urinarias puede llegar al 8% (Ferriera, 2011).

La infección de vías urinarias es una de las complicaciones médicas más frecuentes en el embarazo; los cambios fisiológicos asociados al embarazo predisponen al desarrollo de complicaciones que pueden afectar significativamente a la madre y al feto. Estas incluyen la Bacteriuria Asintomática, la Cistitis Aguda y la Pielonefritis Aguda. A pesar del desarrollo de nuevos antibióticos la infección de vías urinarias continúa asociándose a morbi-mortalidad elevada a nivel materno y fetal.

Diversas modificaciones anatómicas y fisiológicas parecen predisponer a esta alta frecuencia, siendo las más importantes la dilatación útero-pélvica (hidroureteronefrosis fisiológica), producto de la inhibición del tono uretral por acción de la progesterona y prostaglandinas, y, la obstrucción parcial del uréter por el útero grávido. Entre las modificaciones fisiológicas, la más importante es el aumento de la filtración glomerular,

que determina presencia de glucosa en orina, lo que favorece la presencia de gérmenes. Este proceso puede influir de forma negativa en la evolución de la gestación por varios mecanismos. Está demostrado que en la infección urinaria sintomática o no, existe un incremento de la incidencia de amenaza de parto pre término. El paso del germen o sus toxinas al compartimento fetal, o la repercusión materna del proceso infeccioso, sobre todo cuando hay afectación secundaria hepática, pulmonar, cuadro séptico generalizado o shock séptico, todo ello actúa negativamente sobre el desarrollo del embarazo.

AGENTES ETIOLÓGICOS

Las bacterias que se encuentran con mayor frecuencia son: E. coli siendo las más frecuente en un 80 – 90% de los casos (Vergara, 2013), Proteus con un 3 – 3,5% (García, 2011), kliebsiela, Pseudomonas, Staphylococcus y Streptoeoccus, en este último caso resulta imprescindible descartar su presencia simultánea en la vagina.

FACTORES DE RIESGO

Existen múltiples factores de riesgo para adquirir estas infecciones, además de las condiciones de gravidez, entre estos se encuentran: edad del paciente, número de gesta, vida sexual activa y edad gestacional.

En la vejiga de la embarazada, por efectos de la progesterona, disminuye el tono en forma progresiva, por lo cual aumenta su capacidad pudiendo alcanzar cerca de un litro al término del embarazo. Esto determina que el vaciamiento vesical sea incompleto. Las contracciones uterinas son inducidas por citoquininas y prostaglandinas que son liberadas por los microorganismos. En las formas más graves de infección urinaria el feto puede infectarse por vía sanguínea, produciendo una sepsis, y colonizar las meninges provocando en ocasiones retardo mental.

CLASIFICACIÓN

INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS BAJAS

BACTERIURIA ASINTOMATICA

La bacteriuria asintomática se presenta entre el 4-7% del total de embarazos (Parraga, 2007). La bacteriuria asintomática generalmente ocurre por acenso de las bacterias de la uretra a la vejiga y que en ocasiones llegan a ascender hasta el riñón. La aparición de una cantidad significativa de bacterias en la orina es decir existe una infección en un zona del trato urinario pero sin causar alteraciones del mismo. Su incidencia es de 3 a 10% dependiendo el estado socioeconómico de las pacientes. La bacteriuria asintomática no tratada puede llevar a cistitis sintomática en cerca del 30% de los casos y a pielonefritis en hasta el 50% la cual se relaciona con amenaza de parto pre término (Mendoza, 2013).

CISTITIS

La cistitis en el embarazo se considera una infección de vías urinarias primaria pues no se desarrolla a partir de una bacteriuria asintomática previa. También llamada infección de vía urinaria baja se caracteriza por la aparición brusca de disuria, polaquiuria, urgencia miccional e incontinencia, tenesmo, dolor pélvico ausencia de fiebre, es generalmente infecciosa, los microorganismos llegan a la vejiga por vía ascendente, a través de la uretra en su gran mayoría lo encontramos en las mujeres gestantes en el 95% de los casos la infección es Monomicrobiana.

El diagnóstico se hace sobre la base del cuadro clínico y se confirma con el urocultivo cuantitativo de orina y por el estudio del sedimento de orina, en busca de piuria, bacteruria (Mendoza, 2013).

La vulvovaginitis pueden simular una cistitis, y la orina expulsada puede sufrir contaminación por la secreción vaginal, por lo se propone efectuar la toma de muestra de orina por sondeo vesical.

INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS ALTAS

PIELONEFRITIS AGUDA

Es la forma más grave de presentación de la infección del tracto urinario el cuadro clínico se caracteriza por fiebre de 39 °C trata de una infección aguda que suele presentarse en el último trimestre y es casi siempre secundaria a una bacteriuria asintomático no

diagnosticada previamente o no tratada correctamente y que ocasiona signos y síntomas muy floridos que alteran el estado general de la embarazada (Mendoza, 2013).

La desimanación hematógena de Staphylococcus aereus da lugar a una pielonefritis con accesos corticales la clínica que presenta dolor lumbar unilateral con puño percusión positiva, fiebre escalofríos con afectación variable del estado general y síndrome cistitico que no aparece en todos los casos.

Se presenta en cerca del 2% de las mujeres embarazadas, y el 23% tendrá una recurrencia (Vergara, 2013).

Es importante el tratamiento precoz para prevenir complicaciones. La internación no siempre es necesaria, pero se la indica en caso de signos de sepsis o deshidratación, vómitos, o contracciones. El tratamiento no se debe iniciar en forma empírica (Presern C, 2005). La administración parenteral se mantendrá hasta que la paciente esté afebril, lo que suele ocurrir a las 24 a 48 horas. La principal razón de fracaso en el tratamiento es la resistencia al antibiótico.

DIAGNÓSTICO

- Tirilla reactiva: nitritos + (sensibilidad 57%).
- EMO: bacterias+, nitritos+, estearasa leucocitaria+,leucocitos+, eritrocitos + (cistitis).
- Urocultivo: más de 100.000 colonias/ml. (Gérmen másfrecuente: E. Coli).
- Solicite en toda embarazada en su primera visita sin importar la edad de gestación, entre las 12 a 16 semanas y en el tercer trimestre del embarazo.
- Biometría Hemática: leucocitosis con desviación a la izquierda.

TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA INFECCION DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO: **BACTERIURIA ASINTOMÁTICA Y CISTITIS AGUDA (**muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)
16. Realice o complete la historia clínica perinatal y el carné perinatal.

17. Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura.
18. Realice evaluación obstétrica que incluya frecuencia cardiaca fetal por cualquier método.
19. Registre la existencia en el registro de control prenatal de exámenes de laboratorio: Asegúrese de que conste **EMO y Urocultivo**.
20. Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados. **Indispensable solicitar EMO y Urocultivo.**
21. Si la paciente es sintomática, tranquilicela e informe sobre su condición.
22. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y la de sus familiares.
23. Brinde apoyo emocional continuo y explique los pasos a seguir.
24. Administre tratamiento si cumple con: • Paciente asintomática o sintomática. • Examen microscópico de orina infeccioso (nitritos positivos, estearasa leucocitaria positiva, presencia de bacterias o piuria), o • Urocultivo positivo (reporta más de 100.000 colonias/ml).
25. Considere las siguientes medidas generales: • Si esta asintomática, actividad normal. • Si es sintomática, reposo relativo dependiendo del malestar general. • Sugiera hidratación vía oral exhaustiva. • Según necesidad control de temperatura por medios físicos y/o Acetaminofén 500 mg cada 8 horas hasta que cedan los síntomas.
26. **ANTIBIOTICOTERAPIA INICIAL:** por 72 horas, inicio previa toma de muestra para urocultivo con **UNO** de los siguientes antibióticos: • **Ampicilina** 250-500 mg VO cada 6 horas, o • **Cefalexina** 250-500 mg VO cada 6 horas, o • **Eritromicina** 250-500 mg VO cada 6 horas, o • **Amoxicilina** 500 mg VO cada 8 horas, o • **Nitrofurantoína** 50-100 mg cada 6 horas (no sobre las 37 semanas), o • **Fosfomicina** 3 gr VO dosis única, o • **Ampicilina/Sulbactam** 375 mg VO cada 12 horas, o • **Amoxicilina/Clavulánico** 250 mg VO cada 6 horas, o

• **Trimetropim/Sulfametoxasol** 160/80 mg cada 12 horas (solo en II trimestre) o 320/1600 mg dosis única. **Con el resultado del urocultivo y antibiograma valore la continuidad o el cambio apropiado del antibiótico para completar mínimo 7 días de tratamiento.**
27. Si la mejoría clínica no se presenta, considere cambio de antibiótico y/o referencia al nivel de especialidad.
28. Seguimiento: con cultivo de orina a las dos semanas del episodio agudo **(prueba de cura)** y cada mes **(para ver recurrencias)**; si urocultivo positivo dar tratamiento den base a antibiograma e iniciar **terapia supresiva** hasta 4 a 6 semanas postparto.
29. Programe una cita para control de tratamiento a las dos semanas.
30. NO OLVIDE solicitar según protocolo de control prenatal urocultivo entre las 12 y 16 semanas y nuevamente en el tercer trimestre de la gestación.

(Sistema Nacional de Salud , 2015)

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA INFECCION DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO: **PIELONEFRITIS** **(**muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)
10. MANEJO INICIAL SIMILAR A BACTERIURIA ASINTOMÁTICA Y CISTITIS AGUDA DEL PUNTO 1 AL 7.
11. Brinde apoyo emocional continuo y explique los pasos a seguir.
12. **Con el diagnostico probable, disponga su ingreso** a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.
13. **MANEJO HOSPITALARIO:** • Reposo relativo según estado general. • Dieta blanda + líquidos abundantes. • Control de ingesta y excreta. • Bajar temperatura por medios físicos. • Acetaminofén 1 gr VO si temperatura > 38,5 ° C. • Curva térmica. • Control de signos vitales maternos y fetales.

• Líquidos intravenosos SS 0,9% 1000 cc IV 125 cc/h según hidratación. • **ANTIBIOTICOTERAPIA INICIAL:** por 72 horas, inicio previa toma de muestra para urocultivo, valore eficacia, seguridad, conveniencia y costo. Con el resultado del urocultivo y antibiograma valore la continuidad o el cambio apropiado de antibiótico para completar 7 días de tratamiento: • **Cefazolina** 1-2 gr IV cada 6-8 horas. • **Gentamicina** 2 mg/Kg dosis inicial IV luego 1,5 mg/Kg IV cada 8 horas o gentamicina 5 mg/Kg IV cada día. • **Cefuroxima** 0,75-1,5 gr IV cada 8 horas. • **Ceftriaxone** 1-2g IV o IM cada día.
14. Mantener tratamiento intravenoso mientras persista la fiebre, si la sintomatología remite se puede hacer la conversión a tratamiento oral hospitalario y luego ambulatorio por 7 a 14 días.
15. **ANTIBIÍTICO ESPECÍFICO:** • Si la paciente presenta signos de gravedad: sepsis, alteraciones respiratorias iniciar un segundo antibiótico con Gentamicina (2 mg/Kg dosis inicial IV luego 1,5 mg/Kg IV cada 8 horas) o Aztreonam (500-1000 mg IV cada 8 horas).
16. Proceda a la contrareferencia escrita a la unidad de origen si aplica. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrareferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para análisis en la unidad de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.
17. Seguimiento: con cultivo de orina a las dos semanas del episodio agudo **(prueba de cura)** y cada mes **(para ver recurrencias)**; si urocultivo positivo dar tratamiento den base a antibiograma e iniciar **terapia supresiva** hasta 4 a 6 semanas postparto.
18. Programe una cita para control a las dos semanas. **NO OLVIDE** solicitar según protocolo de control prenatal urocultivo entre las 12 y 16 semanas y nuevamente en el tercer trimestre de la gestación.

(Sistema Nacional de Salud , 2015)

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo es un estudio retrospectivo y descriptivo teniendo como propósito determinar si la amenaza de parto pre término tiene relación con la infección de vías urinarias en las gestantes.

ÁREA DE ESTUDIO

Será en consulta externa del departamento gineco-obstetricia del Hospital Universitario de Motupe de la Universidad Nacional de Loja/Subcentro de Salud del Área de Salud No. 3 de la Dirección Provincial de Salud (MSP). Se encuentra ubicado en el Barrio Motupe Bajo, el mismo que se encuentra al Norte de la ciudad de Loja a unos 7 Km., pertenece a la Parroquia San Juan del Valle.

UNIVERSO

Todas las gestantes atendidas en consulta externa del departamento de gineco-obstetricia durante el periodo de Mayo – Noviembre del 2015.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Para la muestra se consideraran los siguientes criterios de inclusión

- Gestantes con diagnóstico médico de amenaza de parto pre término.
- Gestantes con edad gestacional de 28 a 36,6 semanas.
- Gestantes con edad de 15 a 45 años de edad.
- Gestantes con primoinfección o infección recurrente de vías urinarias comprobada por el Elemental y Microscópico de Orina y el Urocultivo.
- Gestantes sin tratamiento previo para la infección de vías urinarias.
- Gestantes primigestas y multigestas con amenaza de parto pre término.

- Gestantes que presenten actividad uterina (1-3 contracciones); borramiento de cuello uterino y dilatación cervical (1 a 3 cm).

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres embarazadas que tengan infección de vías urinarias que no sea comprobado por el Elemental y Microscópico de Orina y el Urocultivo.
- Las gestantes con amenaza de parto pre término provocado por otras patologías como diabetes mellitus, preclampsia, eclampsia.
- Mujeres embarazadas con infección de vías urinarias que estén con tratamiento de antibioticoterapia

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la realización del proyecto se utilizará una guía de recolección de datos (Anexo 1) en donde se anotará el cuadro clínico que presente cada una de las gestantes para determinar la relación de la amenaza de parto pre término con la infección de vía urinarias y en qué edad se presenta más frecuentemente; se utilizará las historias clínicas para revisar los exámenes de laboratorio como elemental y microscópico de orina para ver si hay la presencia de infección de vías urinarias y el urocultivo para determinar cuál es el agente etiológico más frecuente, se determinará si la infección de vías urinarias es sintomática o asintomática y si afecta al tracto urinario alto o bajo. También se identificará la presencia de amenaza de parto pre término determinando la presencia de contracciones uterinas, borramiento del cuello del útero y la dilatación cervical; se identificará la edad gestacional que se presenta con más frecuencia la amenaza de parto pre término y su relación con las infecciones de vías urinarias.

PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS

- Solicitar el permiso pertinente para realizar mi trabajo investigativo en consulta externa del departamento de gineco-ostetricia del Hospital de Motupe.

- Una vez obtenido el permiso se procederá a recolectar la información de las historias clínicas de las gestantes atendidas en consulta externa del departamento de gineco-obstetricia.
- De las gestantes atendidas procederé a determinar cuántas tienen amenaza de parto pre término, cuantas tienen infección de vías urinarias que sea comprobado con elemental y microscópico de orina y urocultivo para determinar el agente etiológico más frecuente.
- Con todos los datos obtenidos realizare un análisis para ver en si la relación de la amenaza de parto pre término y las infecciones de vías urinarias y cuál es el agente etiológico más frecuente.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Primaria: historia clínica de las gestantes

PLAN DE ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE LOS DATOS

Se registrarán y analizarán los datos obtenidos en el programa EPI info y se proyectarán los datos en gráficos estadísticos.

UTILIDAD DE LOS DATOS OBTENIDOS

Los resultados obtenidos se socializaran con los médicos responsables del departamento de gineco-obstetricia del Hospital de Motupe para que tengan conocimiento de la realidad de la situación y así evitar la morbimortalidad neonatal.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se llevará a cabo bajo el consentimiento del director del Hospital de Motupe. Todos los datos obtenidos se los utilizara de manera confidencial con el fin de no perjudicar a la beneficiaria.

VARIABLES

Variable dependiente: amenaza de parto pre término

Variable independiente: infecciones de vías urinarias

OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

PROBLEMA: ¿la amenaza de parto pre término está en relación con las infecciones de vías urinarias en las gestantes atendidas en el departamento de gineco-ostetricia del Hospital de Motupe?			
VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO Es la presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 1 en 10 minutos, de 30 segundos de duración con un borramiento de cuello del 50% o menor y una dilatación menor o igual a 3 cm en gestantes entre 28 a 36,6 semanas.	Contracciones uterinas	Frecuencia	1 contracción
		Minutos	10 minutos
		Duración	30 segundos
	Borramiento del cuello uterino	Porcentaje	< o = 50% >50 %
	Dilatación cervical	Centímetros	< o = 3 cm
	Edad gestacional	Semanas	28 – 32 33 – 36,6
	Numero de gestas	Primigestas	SI NO
		Multigestas	SI NO
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS La infección de vías urinarias está provocada por la invasión de microrganismos en el tracto urinario con presencia se sintomatología como disuria, polaquiuria y tenesmo vesical.	Exámenes de laboratorio	EMO	Si NO
		Urocultivo	E. Coli SI NO Streptococos SI NO Stafilococos SI NO Proteus SI NO Klebsiella SI NO
	Cuadro clínico	Sintomático	SI NO
		Asintomático	SI NO
	Tracto urinario	Alto	SI NO
		Bajo	SI NO
	Frecuencia de los episodios	Episodio nuevo	SI NO
		Episodios a repetición	SI NO

RECURSOS

Recursos / Actividades	Humanos	Materiales	Técnicos	Financieros
Realización del proyecto	1	Computadora, internet, Hojas de bon, Impresiones, Anillados	Ninguno	$ 50.00
Trabajo de campo	1	Fotocopias	Ninguno	$ 30.00
Análisis de los datos	1	Computadora	Ninguno	$ 10.00
Presentación del primer borrador	1	Hojas de bon, Impresiones, Anillados	Ninguno	$ 20.00
Correcciones	1	Computadora	Ninguno	$ 10.00
Presentación del segundo borrador	1	Hojas de bon, Impresiones, Anillados	Ninguno	$ 30.00
Correcciones e impresión de tesis	1	Computadora, Hojas de bon, Impresiones, empaste	Ninguno	$ 40.00
Totales	1		Ninguno	$ 190.00

ANEXO # 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

GUÍA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TEMA: "AMENAZA DE PARTO PRETERMINO Y SU RELACIÓN CON LAS INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS".

La presente guía de recolección de datos se utilizará para obtener los datos necesarios para la realización de mi estudio investigativo.

1. DATOS GENERALES

N° DE REGISTRO:……..

N° DE HISTORIA CLÍNICA:……..

EDAD:…….....

EDAD GESTACIONAL:……...

PRIMIGESTA:

SI ( ) NO ( )

MULTIGESTA:

SI ( ) NO ( )

AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO:

SI ( ) NO ( ) CONTRACCIONES UTERINAS: o Frecuencia:……. o Minutos:……..

o Duración:……

BORRAMIENTO DEL CUELLO UTERINO:……..

DILATACION CERVICAL:……

INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS:

EMO: SI ( ) NO ( )

UROCULTIVO:

o E. Coli SI ( ) NO ( ) o Streptococos SI ( ) NO ( ) o Stafilococos SI ( ) NO ( ) o Proteus SI ( ) NO ( ) o Klebsella SI ( ) NO ( )

CUADRO CLÍNICO o Sintomático SI ( ) NO ( ) o asintomático SI ( ) NO ( )

TRACTO URINARIO o ALTO ( ) BAJO ( )

TRATAMIENTO PREVIO PARA LA INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS SI ( ) NO ( ) CUADRO NUEVO DE INFECCION:

SI ( ) NO ( )

CUADRO A REPETICIÓN DE LA INFECCION:

SI ( ) NO ( )

CRONOGRAMA

	2015																																																2016							
ACTIVIDADES	MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Realización del proyecto																																																
Autorización para realizar el proyecto																																																
Obtener la autorización																																																
Dar pertinencia																																																
Trabajo de campo																																																
Analizar los datos																																																
Interpretación de los resultados																																																
Presentación del primer borrador																																																
Correcciones																																																
Presentación del segundo borrador																																																
Correcciones e impresión de la tesis																																																
Sustentación de la tesis																																																

CRONOGRAMA

2016																																				
ACTIVIDADES	MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				**OCTUBRE**				**NOVIEMBRE**			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Realización del proyecto																																				
Autorización para realizar el proyecto																																				
Obtener la autorización																																				
Dar pertinencia																																				
Trabajo de campo																																				
Analizar los datos																																				
Interpretación de los resultados																																				
Presentación del primer borrador																																				
Correcciones																																				
Presentación del segundo borrador																																				
Correcciones e impresión de la tesis																																				
Sustentación de la tesis																																				

BIBLIOGRAFÍA

Acosta, J., Ramos, m., Zamora, L., & Murillo, J. (2014). Prevalencia de infección de vías urinarias en pacientes hospitalizadas con amenaza de parto pre término. ginecol Obstet Mex, 738.

Arroyane, Cardona, & Castaño. (20 de Mayo de 2010). Caracterizacion de la infeccion de vias urinarias en mujeres embarazadas. Obtenido de http://www.redalyc.org/pdf/2738/273819434003.pdf

Cisneros. (febrero de 2014). Infeccion Urinaria asociada en amenaza de parto pre término.

Obtenido de http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/TesisCisneros.pdf

Donozo, & Oyarzún. (8 de Septiembre de 2012). MEDware. Obtenido de Parto Prematuro:

http://www.medwave.cl/medios/medwave/septiembre2012/PDF1/medwave.2012.08.5477.pdf

Faneite, G., & Guninad. (2010). Amenaza de parto pre término e infeccion urinaria. Revista de Ginecología y Obstetricia de Venezuela.

Giraldo, P., Araujo, E., & JUnior, J. E. (01 de enero de 2012). BVS. Obtenido de The prevalence of urognital infections in pregnant women experience preterm and full-term labor: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3296138/?tool=pubmed

Gomez. (enero - marzo de 2012). prevalencia del Tracto urinario y su relacion con la infeccion de vias urinarias . Obtenido de

http://bibliotecadigital.umsa.bo:8080/rddu/bitstream/123456789/4211/1/T-PG884.pdf

INEC. (2011). Redatam-INEC. Obtenido de http://redatam.inec.gob.ec/cgibin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=VITAL2011&MAIN=WebServerMain.inl

Lozano, & Gioconda. (Mayo de 2013). Infeccion de vias urinarias como causa principal de amenaza de parto prematuro. Obtenido de

http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/3693/1/INFECCION%20DE%20VIAS%20URINARIAS%20COMO%20PRINCIPAL%20CAUSA%20DE%20APP%20EN%20EL%20 HPDA.pdf

Macario, T. (Febrero de 2014). Infeccion del tracto urinario en la amenaza de parto prematuro.

Obtenido de http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9322.pdf

Mendoza, S. (febrero de 2013). Factores que inciden en la amenaza de parto pre término. Obtenido de

http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1798/1/TESIS%20DE%20GRADO%20DE%20SANCHEZ%20MENDOZA.pdf

Parraga. (Manta de 2007). INTERVENCIÓN DEL LABORATORIO CLÍNICO EN LA . Obtenido de http://repositorio.uleam.edu.ec/bitstream/26000/261/1/T-ULEAM-17-0001.pdf

Rodriguez, & Gonzalez. (15 de Octubre-Diciembre de 2011). Scielo. Obtenido de Relación de las citoquinas proinflamatorias con la corioamnionitis subclínica y el parto pre término:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000400013

Rojas. (Noviembre de 2011). AGENTE ETIOLOGICO MAS FRECUENTE EN INFECCION URINARIA RECURRENTE EN EMBARAZDAS 1º Y 3º TRIMESTRE. Obtenido de http://www.grin.com/es/e-book/197357/agente-etiologico-mas-frecuente-eninfeccion-urinaria-recurrente-en-embarazdas

Saldaña. (Diciembre de 2012). Infeccion de tracto urinario asociado a parto pre término. Obtenido de

http://dspace.unitru.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/382/Salda%C3%B1a Garcia_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sifontes. (2011). incidencia de las infecciones urinarias en la amenaza ded parto pre término. Revista colombiana Obstetricia y Ginecologia.

Ugalde, D., Hernández, M., & al, e. (2012). scielo. Obtenido de infeccion del tracto genital y urinario como Factores de riesgo para parto pre término en adolescentes: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000500003

Vergara. (26 de Febrero de 2013). Protocolo de Parto Pre término. Obtenido de E.S.E. Clínica de Maternidad Rafael Calvo C.:

http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLO_PARTO_PRETERM INO.pdf