UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO

INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS COMO CAUSA DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL

AUTORA

Mariuxi Cecibel Saraguro Martínez

DIRECTOR

Dr. Eduardo Bolívar Samaniego Cárdenas, Mg. Sc

LOJA – ECUADOR

2017

CERTIFICACIÓN

Dr. Eduardo Bolívar Samaniego Cárdenas, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICO:

Que luego de haber dirigido el trabajo investigativo titulado **"INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS COMO CAUSA DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO"** de autoría de la Srta. Mariuxi Cecibel Saraguro Martínez, estudiante de la carrera de Medicina Humana previa a la obtención del título de Médico General y por considerar que ha sido revisada en su integridad y ha sido concluida en su totalidad; autorizo su presentación final ante el tribunal respectivo.

Loja, 30 de Enero del 2017

Atentamente,

.....

Dr. Eduardo Bolívar Samaniego Cárdenas, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Mariuxi Cecibel Saraguro Martínez declaro ser autora del presente trabajo de tesis 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- Biblioteca Virtual.

Autora: Mariuxi Cecibel Saraguro Martínez

Firma: .....

Cédula: 1105362188

Fecha: 30 de enero del 2017

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Mariuxi Cecibel Saraguro Martínez, autora de la Tesis titulada "INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS COMO CAUSA DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO". Autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines estrictamente académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en 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 copias de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los treinta días del mes de enero de dos mil diez y siete firma su autora.

Firma: .....

Autora: Mariuxi Cecibel Saraguro Martínez.

Cédula: 1105362188

Dirección: Catamayo (Eugenio espejo y 18 de Noviembre)

Correo electrónico: marius_ecu@hotmail.com

Celular: 0987245383

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director de Tesis: Dr. Eduardo Bolívar Samaniego Cárdenas, Mg. Sc.

Tribunal de grado:

Presidente: Dr. Richard Orlando Jiménez, Mg. Sc

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

Vocal: Dr. German Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi Dios, quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a enfrentar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A la memoria de mi padre Luis Enrique Saraguro, quien cerró sus ojos antes de ver su sueño realizado y aunque nos faltaron muchas cosas por vivir juntos sé que este momento hubiera sido tan especial para ti como lo es para mí. A mi madre Luz Martínez por ser amor, ejemplo, apoyo, ayuda y sacrificio desde mi primer respiro, que con su labor diaria incansable fue mi ejemplo de perseverancia, responsabilidad, trabajo, honradez y amor.

A mi hermana Jackeline, que siempre ha estado junto a mi brindándome su apoyo

A mis sobrinos, quienes han sido mi motivación para nunca rendirme y poder ser un ejemplo para ellos.

A mi Familia en general, porque me han brindado su apoyo incondicional y por compartir conmigo buenos y malos momentos

A mis amigas/os por sus ánimos y consejos, quienes fueron cómplices de todo lo vivido durante el recorrido para alcanzar una meta más.

Mariuxi Cecibel Saraguro M.

AGRADECIMIENTO

Dejo constancia de mi más sincero agradecimiento a Dios, todo poderoso por ser quien guía mis pasos, mi mente, mis manos y está conmigo.

Agradezco a mis padres, quienes me enseñaron que los sueños se hacen realidad cuando se los propone en especial a mi Madre, quien ha sido pilar principal para culminar mi carrera que de ella siempre recibiré su amor y sus bendiciones.

A mi hermana, que con sus consejos me ayudado afrontar los retos que se me han presentado a lo largo de mi vida

A mis sobrinos, por cada palabra de ánimo.

A la Universidad Nacional de Loja y sus docentes quienes durante toda la carrera me impartieron sus conocimientos día a día en las aulas universitarias para poder formarme de la mejor manera.

Agradezco a mi Director Dr. Bolívar Samaniego Cárdenas, por dedicar su valioso tiempo en la dirección y asesoría del trabajo investigativo y la construcción del informe final.

De igual manera a mis amigas, quienes durante los años de formación me han brindado su apoyo y su amistad sincera.

Al Hospital San Vicente de Paul, a su director, personal de estadística por su apoyo brindado.

Mariuxi Cecibel Saraguro M.

ÍNDICE

CARATULA…… i

CERTIFICACIÓN…….…...…. ii

AUTORÍA…….. iii

CARTA DE AUTORIZACIÓN…….…… iv

DEDICATORIA……...….....v

AGRADECIMIENTO……..vi

ÍNDICE DE CONTENIDOS …… vii

1. TÍTULO…….…….. 1

2. RESUMEN…….….…. 2

SUMMARY……...….. 3

3. INTRODUCCIÓN…….……... 4

4. REVISIÓN DE LITERATURA……..... 6

4.1 Infección de Vías Urinarias……..... 6

4.1.1 Definición……,….. 6

4.1.2 Factores Mecánicos…….……6

4.1.3 Función renal durante el embarazo…….……..……..7

4.1.4 Factores de Riesgo……. 8

4.1.5 Etiología……..9

4.1.6 Clasificación…….. 9

4.1.6.1 Bacteriuria Asintomática…… 10

4.1.6.2 Cistitis Aguda……..11

4.1.6.3 Pielonefritis Aguda……. 12

4.2 Amenaza de Parto Pretérmino…… 14

4.2.1 Definición……... 14

4.2.2 Factores de Riesgo…….…… 14

4.2.3 Etiología……. 15

4.2.4 Fisiopatología……..…15

4.2.5 Diagnostico……. 16

4.2.6 Tratamiento…….…… 17

4.2.7 Contraindicaciones de tocolisis……..…… 17

4.2.8 Maduración Pulmonar……..……...17

5. METODOLOGÍA……18

6. RESULTADOS……..….....21

7. DISCUSIÓN…….….….... 25

8. CONCLUSIONES……...…….… 27

9. RECOMENDACIONES……...……28

10. BIBLIOGRAFÍA….…….……..... 29

11. ANEXOS……..…… 33

1. TÍTULO

INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS COMO CAUSA DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

2. RESUMEN

El presente trabajo de investigación denominado INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS COMO CAUSA DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO, es un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y correlacional, de todas las historias clínicas de las pacientes que presentaron Amenaza de parto pretérmino atendidas en el Hospital San Vicente de Paúl del Cantón Pasaje en el periodo Enero-Junio 2016 cuyos objetivos fueron "Establecer la relación de infección de vías urinarias y amenaza de parto pretérmino", Identificar la edad gestacional más frecuente de infección de vías urinarias. Determinar la prevalencia de amenaza de parto pretérmino, Establecer la edad cronológica de las pacientes en que se presenta la amenaza de parto pretérmino, el universo constó de 70 gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, y una muestra de 60 gestantes que presentaron amenaza de parto pretérmino e infección de vías urinarias y cumplieron los criterios de inclusión, cuyos datos fueron plasmados en una hoja de recolección de datos realizada por la autora, mediante este estudio se obtuvo los siguientes resultados que el 85,7% de las pacientes hospitalizadas presentaron amenaza de parto pretérmino y cuadro de infección de vías urinarias, además la edad gestacional en la que se presentó con mayor frecuencia fue entre la 31-36.6 semanas de gestación con un 83,4% presentaron Infección de vías urinarias, Se determinó la prevalencia de amenaza de parto pretérmino fue de 85.7% la edad cronología de las pacientes que presentaron amenaza de parto pretérmino está entre los 15 a 20 años, que corresponde al 63,4% gestantes adolescentes. Se concluye que la infección de vías urinarias se encuentra estrechamente vinculada con la amenaza de parto pretérmino.

Palabras Claves: Infección de vias Urinarias; Amenaza de parto Pretermino.

SUMMARY

The present research paper called INFECTION OF URINARY WAYS AS A CAUSE OF THREAT OF PRETERMAL BIRTH. This is a quantitative, descriptive, retrospective and correlational study of all the clinical histories of the patients who presented threat of preterm birth attended at the Hospital San Vicente de Paul del Canton Passage in the period January – June 2016 whose objectives were: to establish the relationship of urinary tract infection and threat of preterm labor, to identify the most frequent gestacional age of urinary tract infection, to determine the prevalence of threat of preterm birth and to establish the chronological age of the patients in which the preterm birth threat is presented. The analyzed universe consisted of 70 pregnant women diagnosed with preterm labor threat and a sample of 60 pregnant women which presented a threat of preterm labor and urinary tract infection, meeting the inclusion criteria. While the data was captured in a data collection sheet created by the author. By means of this study the following results were obtained: 85.7% of hospitalized patients presented a threat of preterm birth and a picture of urinary tract infection; In addition, the gestational age in which it was most frequently present was between 31-36.6 weeks of gestation and 83.4% presented urinary tract infection. Also, it was determined the prevalence of the threat of preterm labor threat was between 15 and 20 years, which corresponds to 63.4% of adolescent pregnant women.

It is concluded that the infection of the urinary tract is closely related to the threat of preterm birth.

Key words: Urinary tract infection; preterm labor threat.

3. INTRODUCCIÓN

La infección de vías urinarias es un proceso infeccioso más frecuente en las mujeres, que aumenta durante el embarazo, debido a los distintos cambios que se producen, constituye una de las causas de amenaza de parto pretérmino; La amenaza de parto pretérmino, es una de las complicaciones obstétricas de gran repercusión dentro de la salud reproductiva, no solo por lo que esta implica sino también por las complicaciones materno neonatales que de ella derivan.

La incidencia del parto prematuro permanece estable en diversas regiones del mundo entre 5 y 12% inclusive en algunos tienen tendencia al incremento.

La influencia de factores infecciosos se hace cada vez más presente, aproximadamente un 40% de los partos prematuros son por causas infecciosas.

Con estos antecedentes se planteó el tema INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS COMO CAUSA DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO, cuyos objetivos fueron Establecer la relación de infección de vías urinarias y amenaza de parto pretérmino; Identificar la edad gestacional más frecuente de infección de vías urinarias; Determinar la prevalencia de amenaza de parto pretérmino; Establecer la edad cronológica en que se presenta la amenaza de parto pretérmino.

Metodológicamente es un estudio descriptivo, cuantitativo, retrospectivo y correlacional con un universo de 70 historias clínicas de gestantes con diagnóstico de Amenaza de parto pretérmino, y una muestra de 60 historias clínicas dichas pacientes presentaron Amenaza de parto Pretérmino e infección de vías urinarias cumpliendo criterios de inclusión.

Al finalizar la investigación se concluyó la relación de infección de vías urinarias con amenaza de parto pretérmino están estrechamente vinculadas, cerca del 10% de las pacientes con amenaza de parto pretérmino presentaron oligohidramnios, placenta previa, Ruptura prematura.

Se espera que el presente trabajo constituya un aporte para el personal de salud de la provincia de EL ORO, emprendiendo campañas educativas en los centros de primer nivel con la finalidad de proporcionar importancia de los controles prenatales y enfocarnos en las adolescentes para así evitar los embarazos en edad temprana.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1 INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS

4.1.1 DEFINICIÓN

La infección de vías urinarias (IVU), es la existencia de gérmenes patógenos (bacterias) en la orina, por infección de la vejiga que puede subir al riñón, con sintomatología de acuerdo al sitio de la infección; y en algunas personas asintomáticas

La infección de las vías urinarias constituye una de las infecciones más frecuentes durante el embarazo. (Publica M. d., Infeccion de Vias Urinarias en el Embarazo , 2014)

4.1.2 FACTORES MECÁNICOS

- El crecimiento uterino ocasiona, de forma progresiva, que el uréter se elongue, se desplace lateralmente y se vuelva tortuoso. Por otra parte, a medida que el útero aumenta su volumen también comprime la vejiga, favoreciendo la aparición de residuo posmiccional.
- La dilatación comienza en la pelvis renal y continúa de forma progresiva por el uréter, es menor en el tercio inferior y puede albergar hasta 200ml de orina, lo que facilita la persistencia de la ITU. Esta dilatación suele ser mayor en el lado derecho por la dextroposición uterina y porque la vena ovárica derecha dilatada cruza el uréter, actuando como una brida, mientras que la izquierda transcurre paralela al uréter. La mayor intensidad de los efectos mecánicos sobre el lado derecho hace que 9 de cada 10 pielonefritis se localicen en ese lado. Factores hormonales.
- La progesterona disminuye el tono y la contractilidad de las fibras musculares lisas del esfínter ureterovesical y del uréter, favoreciendo el reflujo vesicoureteral,

estancamiento de la orina y migración bacteriana ascendente. Éste se ha observado en el 3,5% de las gestantes, siendo más frecuente al final de la gestación.

- Los estrógenos pueden inducir una hiperemia en el trígono favoreciendo la adherencia de los gérmenes al epitelio. (Martín, 2013)

4.1.3 FUNCIÓN RENAL DURANTE EL EMBARAZO

Riñones: (F. Gary Cunningham, 2011)

El índice de filtración glomerular (GRF) se incrementa un 25% para la segunda semana de la concepción y 50% para el principio del segundo trimestre; el flujo plasmático renal aumenta desde el principio del embarazo y disminuye durante la parte avanzada del embarazo como consecuencia de este aumento del GRF cerca del 60% de las mujeres refiere polaquiuria durante el embarazo.

Calcicreína proteasa sintetizada en el túbulo renal distal, se produce un amento en el índice de excreción urinaria a las 18 y 34 semanas, al término la excreción regresa a los niveles previos al embarazo.

Perdida de nutrientes:

Una característica excepcional de los cambios inducidos por el embarazo en la excreción renal es el aumento notable, en la cantidad de varios nutrientes que se pierden en la orina la embarazada pierde aminoácidos y vitaminas hidrosolubles en cantidades mucho mayores.

Pruebas de función renal:

Este aumento del filtrado glomerular tiene una serie de consecuencias entre ellas:

1. **Glucosuria:** Por el aumento del filtrado glomerular.
2. **Aumento de ácido úrico en sangre**: Por disminución de la reabsorción tubular de ácido úrico.
3. **La depuración de las sustancias nitrogenadas está elevada**: Lo cual conlleva a una disminución de creatinina y de urea en sangre.

Los niveles de creatinina sérica disminuyen en la gestación normal, de una media de 0,7 a 0,5mg/dl. La depuración de creatinina promedio en la embarazada es 30% más alta que los 110 a 115ml/min normales en ausencia de embarazo.

4.1.4 FACTORES DE RIESGO

Durante la gestación se producen una serie de cambios fisiológicos que aumentan el riesgo de presentar infecciones del tracto urinario: (López M, 2008)

- ❖ Dilatación ureteral secundaria a la acción de progesterona y a la compresión uterina.
- ❖ Reflujo vesico-ureteral.
- ❖ Estasis vesical.
- ❖ Aumento del filtrado glomerular con glucosuria y amnioaciduria con elevación del pH urinario.

Constituyen factores de riesgo para desarrollar una infección urinaria en la gestación los siguientes factores: (López M, 2008)

- Bacteriúria asintomática
- Historia de ITU de repetición
- Litiasis renal
- Malformaciones uroginecológicas

- Reflujo vesico-ureteral
- Insuficiencia renal
- Diabetes mellitus
- Enfermedades neurológicas (vaciado incompleto, vejiga neurógena…)
- Anemia de células falciformes
- Multiparidad
- Nivel socioeconómico bajo

4.1.5 ETIOLOGÍA

Al igual que en la no gestante; Predominan los bacilos gramnegativos de la familia Enterobacteriaceae: (Herráiz Miguel Ángel, 2005)

- E. coli
- Klebsiella spp.,
- Proteus mirabilis,
- Enterobacter spp. (3%),
- Citrobacter spp.,
- Serratia spp. y Pseudomonas spp

4.1.6 CLASIFICACIÓN

Se clasifica de acuerdo al sitio de proliferación de las bacterias en: bacteriuria asintomática (orina), cistitis (vejiga), pielonefritis (riñón). (Publica M. d., Infección de Vias Urinarias en el Embarazo, 2013)

4.1.6.1 Bacteriuria Asintomática (BA)

Se define con la presencia de bacterias en orina detectadas por urocultivo (más de 100.000 unidades formadoras de colonias/mL sin síntomas típicos de infección aguda del tracto urinario.

La frecuencia de bacteriuria asintomática (BA) varía del 2-11%, si se incluye Ureaplasma y Gadnerella vaginalis su frecuencia llega al 25% (Martín., 2013)

El riesgo de aparición aumenta a lo largo de la gestación, por este motivo, en las recomendaciones de la Sección de Medicina Perinatal de la SEGO, se aconseja realizar un cultivo de orina en la primera consulta prenatal (semana 12-16) y repetirlo en la semana 28 de la gestación.

En lo que se refiere a la repercusión de la BA sobre el feto, se ha demostrado su influencia sobre el parto prematuro, subdesarrollo fetal (bajo peso al nacer y retraso del crecimiento), secuelas neurológicas y, en general, aumento de la mortalidad y morbilidad perinatales.

- **Diagnóstico**

Se establece mediante la realización de un urocultivo que resulte positivo. Las normas para la recogida de la orina son:

- Debe ser cuidadosa con el objeto de evitar la contaminación de la muestra. Lavado de genitales externos y manos con agua y jabón.
- Se toma la orina de primera hora de la mañana, separando con la mano los labios mayores, procurando que la orina salga directamente sin tocar los genitales externos. Debe despreciarse la primera parte de la micción y recoger el resto directamente en un recipiente estéril.

- Se debe enviar cuanto antes al laboratorio o conservar en nevera a 4 ºC (máximo 24 horas).

En el cultivo de orina debe existir una bacteriuria significativa, >100.000 unidades formadoras de colonias (UFC)/ml de un único uropatógeno, en orina recogida por micción espontánea, o >1.000 UFC/ml si se recoge la orina por sondaje vesical.

La presencia de más de una especie de bacterias, o de bacterias que normalmente no causan bacteriuria asintomática indica contaminación de la muestra. (Martín, 2013)

- **Tratamiento:**

Previa toma de muestra para urocultivo, se inicia tratamiento con UNO de los siguientes antibióticos según evidencia de farmacorresistencia local en Ecuador:

- Nitrofurantoína liberación retardada 100 mg cada 12 horas (no sobre 37 semanas)
- Nitrofurantoína 50 – 100 mg cada 6 horas (no sobre 37 semanas)
- Fosfomicina 3 g VO dosis única
- Fosfomicina 500 mg VO cada 8 horas
- Cefalosporinas de segunda generación 250-500 mg VO cada 6 horas

4.1.6.2 Cistitis Aguda

Se define como una ITU que afecta a la pared vesical, que cursa con síndrome miccional sin alteración del estado general. (Martín., 2013)

- **Clínica:**
  - ✓ Disuria
  - ✓ Polaquiuria,
  - ✓ Tenesmo vesical,

- ✓ Dolor retro o suprapúbico y en la uretra durante o después de la micción.

La orina suele ser de aspecto turbio (presencia de leucocitos) y con poso purulento (leucocitos en gran cantidad o piuria). En las fases agudas puede presentar hematuria macroscópica. La hematuria microscópica aparece hasta en el 60% de las cistitis

- **Diagnóstico:**
  - ✓ clínica
  - ✓ Sedimento urinario con leucocituria (>10 leucocitos/ml en cámara o >3-5 leucocitos/campo de 40 aumentos).
  - ✓ Urocultivo con >1.000 UFC/ml, confirma el diagnóstico.

En la actualidad, para el diagnóstico de este cuadro, no se considera preciso un urocultivo positivo con >100.000 UFC/ml para confirmar el diagnóstico; basta con >1.000 UFC/ml si la clínica es sugestiva de infección del tracto urinario.

- **Tratamiento:**

Las recomendaciones de tratamiento para la cistitis durante el embarazo son las mismas que para Bacteriuria Asintomática

4.1.6.3 Pielonefritis Aguda

Es la infección bacteriana grave más común que compromete el tracto urinario alto y puede llevar a complicaciones perinatales y maternas como: parto pretérmino, bajo peso al nacer, anemia, insuficiencia renal temporal, etc (Publica M. d., Componente normativo materno, 2015)

Presente en 1-2%. Recurrencia de 10-20% en la misma gestación

Diagnóstico:

- Igual a cistitis, más:
- Fiebre mayor a 38° C.
- Taquicardia.
- Deshidratación variable.
- Dolor lumbar: puño percusión (+)
- Estado general comprometido de manera variable con acentuación de: cefalea, náusea y vómito.

Tratamiento:

Hospitalización

- Reposo relativo
- Hidratación
- Bajar Tº con medios físicos : si Tº >38ºC acetaminofén 500mg c/6h
- Control de signos materno fetales
- Control de Ingesta

Antibioticoterapía

- Cefazolina 1- 2 g IV c/6- 8 h + Gentamicina 5mg/kg IV QD
- Cefuroxima 0,75 – 1,5 g IV c/8h
- Ceftriaxone 1-2 g IV O IM

4.2 AMENAZA DE PARTO PRE-TÉRMINO

4.2.1 DEFINICIÓN

Contracciones uterinas (por lo menos 3 en 30 minutos), sin cambios cervicales mayores con dilatación menor a 3 cm antes de las 37 semanas (259 días desde la FUM).

4.2.2 FACTORES DE RIESGO

Historial Obstétrico y ginecológico (AMERICAN CONGRESS OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2016)

- Parto prematuro previo
- Cuello uterino de longitud corta según la medida obtenida por ecografía
- Historial de ciertos tipos de cirugía del utero o del cuello uterino
- Intervalo breve entre embarazos

Complicaciones del embarazo

- Embarazos múltiples
- Sangrado vaginal durante más de un trimestre de embarazo
- Infecciones durante el embarazo (vaginosis; infección de vías urinarias)
- Ruptura de membranas

Factores de estilo de vida.

a) Bajo peso antes del embarazo
b) Fumar durante el embarazo
c) Abuso de sustancias durante el embarazo

Otros factores

a) Edad menor de 17 años o mayor de 35 años

b) Raza afroamericana

c) Nivel socioeconómico bajo

4.2.3 ETIOLOGÍA

Se conoce que la amenaza de parto pre término puede tener un origen multifactorial. Sin embargo, tradicionalmente sus posibles causas se han seleccionado en tres grandes grupos:

- **Iatrogénico**: por indicación médica se finaliza el embarazo antes del término. Ejemplo: secundario a alguna patología materna, que impida lograr el avance de la gestación.
- **Secundario a Rotura Prematura de Membranas (RPM)**
- **Idiopático:** sin causa aparente o conocida.

4.2.4 FISIOPATOLOGÍA

Recientemente, según experiencias clínicas y experimentales, la mayoría de los partos pretérminos secundarios a causas idiopáticas y por RPM se ligan a cuatro procesos:

- Activación del eje hipotálamo-pituitaria adrenal materno o fetal.
- Inflamación decidual y amniocoriónica.
- Hemorragia decidual.
- Distensión uterina patológica: embarazos múltiples y polihidramnios.

Los procesos mencionados generalmente ocurren simultáneamente; sin embargo, cada uno tiene una característica única bioquímica.

Estos procesos convergen en una vía final común en donde se produce liberación de mediadores bioquímicos, aumento de proteasas y uterotoninas de membranas fetales

y decidua. Por consiguiente, se produce el inicio de las contracciones uterinas con modificaciones del cérvix, con o sin RPM, y finalmente se desencadena el parto prematuro. (Quirós González Gabriela, 2016)

4.2.5 DIAGNOSTICO

ANAMNESIS

- Dolor abdominal tipo contracción.
- Presión pélvica o dolor de espalda.
- Embarazo igual o menor a 37 semanas.
- Antecedentes clínicos y obstétricos de: edad (< 18 años, >35 años), nivel socio económico bajo, RPM pretérmino o parto pretérmino previo, Sobredistensión uterina (gemelos, polihidramnios, miomas, malformaciones uterinas), trauma materno incompetencia cervical, bacteriuria asintomática, Pielonefritis aguda, ITS, Vaginosis bacteriana, infección estreptococo grupo B, neumonía / Paludismo / Fiebre Tifoidea / Apendicitis (Publica M. d., Parto pretermino , 2015)

EXAMEN FISICO

- Contracciones uterinas (mínimo 3 en 30 minutos) pueden ser dolorosas o no.
- Aumento o cambio en la secreción vaginal
- Sangrado genital.
- Salida de tapón mucoso cervical.
- Borramiento (50%) o dilatación (igual o menor a 3 cm)

EXÁMENES DE LABORATORIO

- Biometría Hemática

- Examen Microscopico de Orina (EMO) / Urocultivo
- Cristalografía / Gram y fresco de secreción vaginal
- Ecografía abdominal para confirmación de peso fetal y edad gestacional, ILA, longitud del cuello del útero.
- Monitoreo fetal electrónico (Publica M. d., Parto pretermino , 2015)

4.2.6 TRATAMIENTO

EMBARAZO <37 SEMANAS REALIZAR MANEJO TOCOLITICO:

- 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.
- Indometacina 100 mg vía rectal cada 8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o 72 horas.

4.2.7 CONTRAINDICACIONES DE TOCOLISIS

5 Dilatación > 4cm.

6 Corioamionitis.

7 Preeclampsia, eclampsia, síndrome Hellp.

8 Compromiso del bienestar fetal o muerte fetal.

9 Malformaciones fetales.

10 Desprendimiento normoplacentario.

4.2.8. MADURACIÓN PULMONAR FETAL.

SI EMBARAZO > 24 y < 34 SEMANAS:

11 Betametasona 12 mg IM y a las 24 horas (total 2 dosis).

12 Dexametasona 6 mg IM y cada 12 horas (total 4 dosis.

5. METODOLOGÍA

Tipo de Estudio

La presente investigación fue un estudio de tipo:

Correlacional: Por que estudió la correlación de infección de vías urinarias con amenaza de parto pretérmino

Cuantitativo: Estudio la prevalencia de Amenaza de Parto Pretérmino.

Descriptivo: identificó el número de casos de infección de vías urinarias

Retrospectivo. Basado en hechos que ocurrieron durante un periodo de tiempo establecido.

Área de estudio:

Hospital San Vicente de Paul del Canton Pasaje.

Ubicación: Hospital San Vicente de Paul de Pasaje Nivel II

Universo:

El universo fue constituido por 70 pacientes que ingresaron con diagnóstico de Amenaza de Parto pretérmino al departamento de gineco-obstetricia del Hospital San Vicente de Paul en el periodo Enero- Junio 2016.

Muestra:

Se estudió una muestra de 60 pacientes que ingresaron con diagnóstico de amenaza de parto pre término por infección de vías urinarias en el servicio de gineco- obstetricia del Hospital San Vicente de Paul de Pasaje en el periodo Enero 2016- junio 2016.

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas de pacientes con embarazo entre 21 semanas y 36.6 semanas de gestación
- Historias clínicas de pacientes embarazadas de cualquier edad y paridad
- Historias clínicas de pacientes embarazadas con Infección de vías urinarias confirmada
- Historias clínicas de pacientes embarazadas con Infección de vías urinarias recurrente
- Historias clínicas de pacientes Embarazadas con antecedentes de parto prematuro
- Historias clínicas de pacientes con comorbilidad (Diabetes)
- Historias clínicas de pacientes atendidas en el hospital San Vicente de Paul durante el periodo de investigación (Enero – Junio)

Criterios de exclusión

- Historias clínicas de pacientes embarazadas con embarazo mayor de 37 semanas de gestación
- Historias clínicas de pacientes atendidas después del periodo de investigación
- Historias clínicas de pacientes con otros diagnósticos.

CRITERIOS ÉTICOS

- Se solicitó mediante oficio la aprobación y colaboración del director del hospital para acceder a las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de Amenaza de parto Pretérmino en el periodo Enero – Junio de 2016.
- Se Garantizó la confindencialidad de los datos, privacidad y anonimato

MÉTODOS Y TÉCNICAS:

Técnica: la recolección de datos se realizó mediante la revisión de las Historias Clínicas de las pacientes mediante una hoja de recolección de datos, previamente elaborada por la investigadora

Además para establecer la relación de infección de vías urinarias y amenaza de parto pre término se aplicó la prueba de chi-cuadrado donde se obtuvo 2 hipótesis:

- Alternativa: La Infección de vías urinarias causa amenaza de parto pretérmino
- Nula : la infección de vías Urinarias no causa amenaza de parto pretérmino

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

La información obtenida fue ordenada y tabulada; los resultados obtenidos fueron emitidos a través de tablas de frecuencia mediante el programa Microsoft Oficce Excel.

Para obtener la prevalencia se realizó con la siguiente fórmula.

Prevalencia Puntual: $\frac{\text{Número de casos en un periodo de tiempo dado}}{\text{Población en estudio en ese mismo periodo}} * 100$

6. RESULTADOS

Tabla Nº1

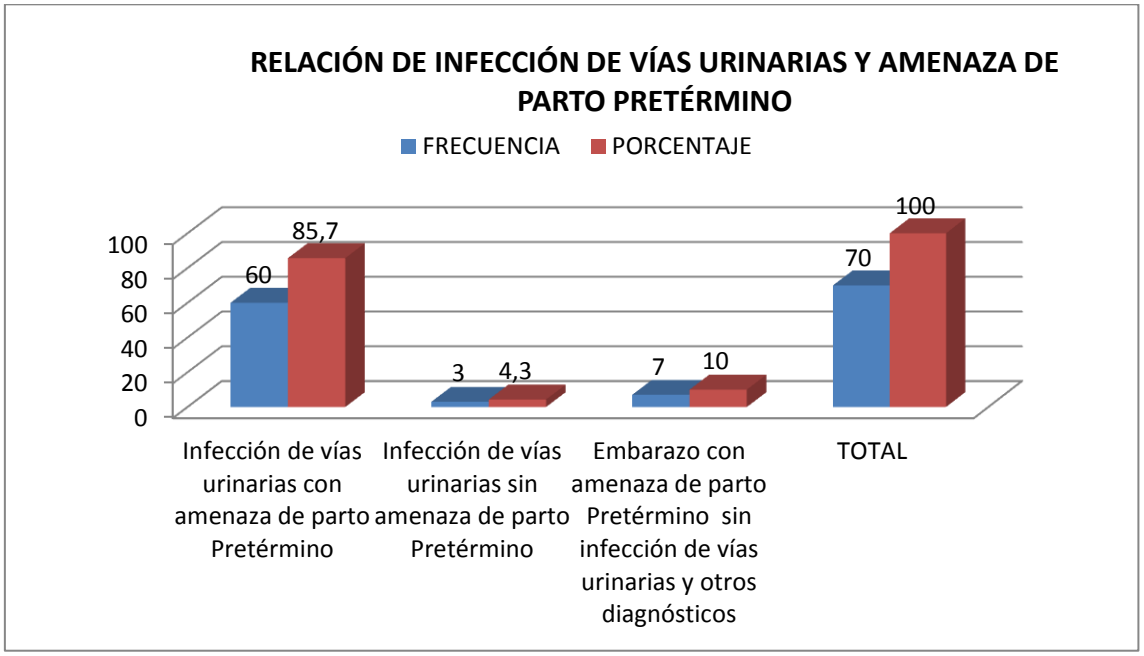
1. **Establecer la relación de infección de vías urinarias y amenaza de parto Pretérmino.**

RELACIÓN DE INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS Y AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO		
VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Infección de vías urinarias con amenaza de parto Pretérmino	60	85,7
Infección de vías urinarias sin amenaza de parto Pretérmino	3	4,3
Embarazo con amenaza de parto Pretérmino sin infección de vías urinarias y otros diagnósticos	7	10
TOTAL	70	100

Fuente: Hoja de recolección de datos
Autora: Mariuxi Cecibel Saraguro M

Gráfico Nº 1

.



Fuente: Hoja de recolección de datos
Autora: Mariuxi Cecibel Saraguro Martínez.

Descripción: De acuerdo al grafico se observa que el 85,7% de las Infecciones de vías urinarias se relacionan con amenaza de parto pretérmino.

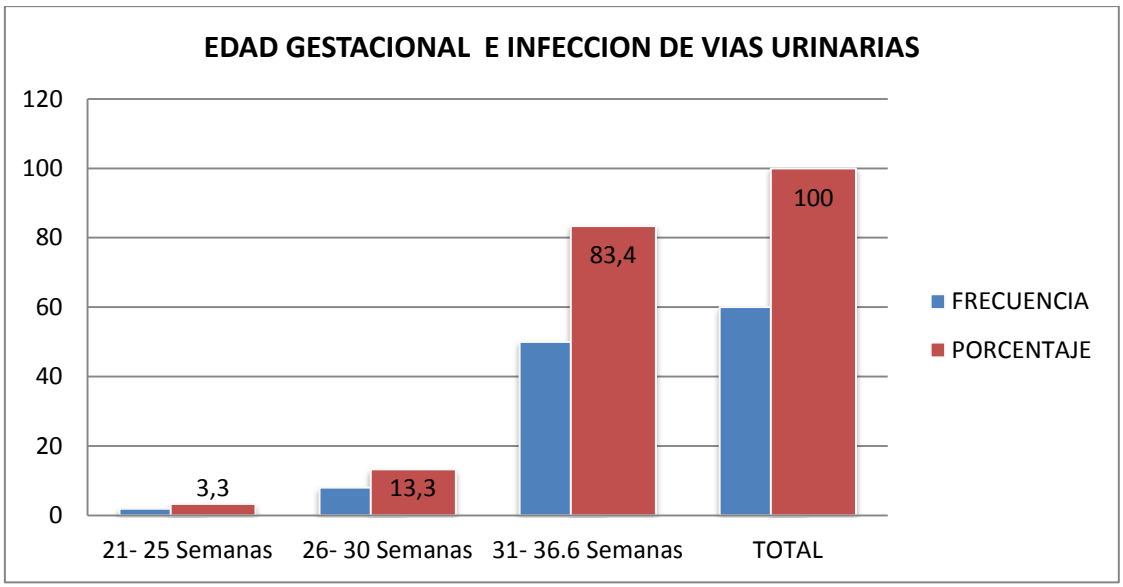
Tabla Nº2

2. Identificar la edad gestacional más frecuente de infección de vías urinarias.

EDAD GESTACIONAL MAS FRECUENTE DE INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
21- 25 Semanas	2	3,3
26- 30 Semanas	8	13,3
31- 36.6 Semanas	50	83,4
TOTAL	60	100,0

Fuente: Hoja de recolección de datos
Autora: Mariuxi Cecibel Saraguro Martínez.

Gráfico Nº2



Fuente: Hoja de recolección de datos
Autora: Mariuxi Cecibel Saraguro M.

Descripción: De acuerdo al grafico podemos observar que la edad gestacional más frecuente de infección de vías urinarias es entre las 31 – 36,6 semanas con un 83,4%.

Objetivo: DETERMINAR LA PREVALENCIA DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

Descripción: De acuerdo a la fórmula obtenemos un resultado de 85,7% es la prevalencia de amenaza de parto pretérmino.

Tabla Nº3

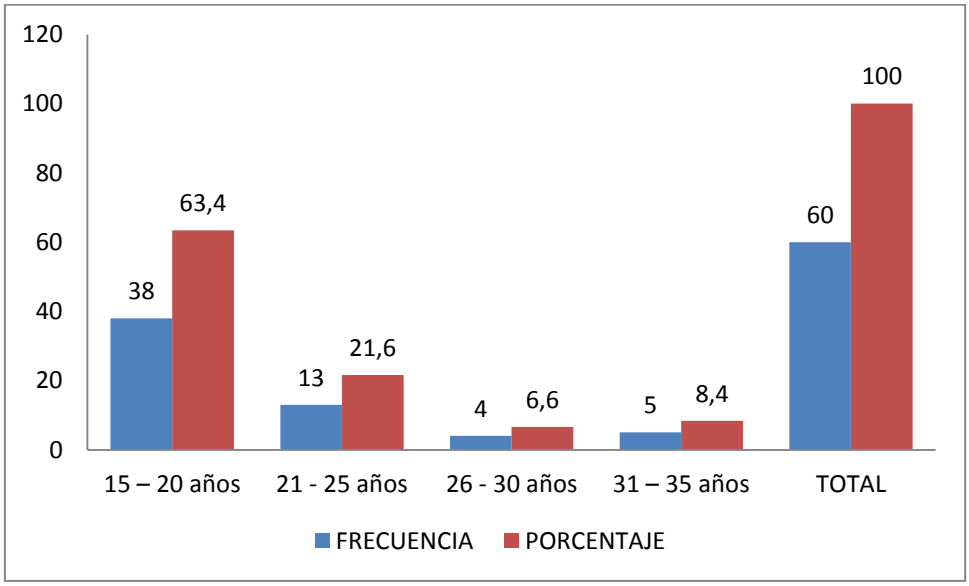
3. Establecer la edad cronológica de las pacientes en que se presenta la Amenaza de Parto pretérmino

EDAD CRONOLÓGICA

EDAD CRONOLÓGICA DE LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 – 20 años	38	63,4
21 - 25 años	13	21,6
26 - 30 años	4	6,6
31 – 35 años	5	8,4
TOTAL	60	100,0

Fuente: Hoja de recolección de datos
Autora: Mariuxi Cecibel Saraguro Martínez

Gráfico Nº3



Fuente: Hoja de recolección de datos
Autora: Mariuxi Cecibel Saraguro M.

Descripción: En cuanto a la edad cronológica de las pacientes en un 63.4% se presentó en las edades comprendidas entre los 15 a 20 años.

7. DISCUSIÓN

La amenaza de parto pretérmino, continúa siendo una de las complicaciones obstétricas más frecuentes y de gran repercusión dentro de la salud reproductiva. La incidencia de Amenaza de parto pretérmino ha incrementado la causa más común es la infección de vías urinarias favorecidas por los cambios morfológicos funcionales del embarazo. El presente trabajo investigativo buscó establecer la relación de infección de vías urinarias y amenaza de parto pretérmino.

La presente investigación tuvo un universo total de 70 gestantes, se estableció que el 85.7% presentaron infección de vías urinarias y amenaza de parto pretérmino cuyos datos obtenidos evidencia diferencia porcentual en relación con el estudio de Faneite & cols realizado en Venezuela ciudad de Puerto Cabello Estado de Carabobo, con un estudio denominado AMENAZA DE PARTO PRETERMINO E INFECCIÓN URINARIA en 497 amenazas de parto pretérmino, de estas 294 (68,69%) reportaron infección urinaria, investigación de tipo descriptiva en el periodo diciembre 2001 - diciembre 2004. Concluyo que Las amenazas de parto pretérmino tienen estrecha relación con las infecciones urinarias, tratarlas adecuadamente permite disminuir sus consecuencias**.**

Con referencia a la edad gestacional más frecuente de infección de vías urinarias esta entre la 31- 36,6 semanas de gestación con un 83,4% dato coincidente con los resultados obtenidos por Clotilde Vallejos y cols. México, en el año 2010 en el estudio denominado Prevalencia de infecciones de vías urinarias en embarazadas atendidas en el Hospital Universitario de Puebla de tipo retrospectivo con 83 mujeres embarazadas

quien señala que “Las infecciones urinarias se presentan principalmente en el último trimestre de la gestación comprendido (28 semanas – 40semanas)”.

En México se calcula una prevalencia entre 15 a 20% de amenaza de parto pretérmino según la guía práctica clínica amenaza de parto pretérmino, en comparación al siguiente estudio donde la prevalencia de amenaza de parto pretérmino es del 85,7% en el Hospital Básico San Vicente de Paul de Pasaje.

De acuerdo a la edad cronológica de las pacientes que presentaron amenaza de parto pretérmino en el presente trabajo el 63,4% de las gestantes corresponden al grupo de 15 a 20 años, dato que difiere con los resultados de Clotilde Vallejos y cols. en México, año 2010 estudio denominado Prevalencia de infecciones de vías urinarias en embarazadas atendidas en el Hospital Universitario de Puebla de tipo retrospectivo quien indica que “El grupo de edad donde se presentó con mayor frecuencia infección urinaria fue el de 20-24 años (27.7%).

8. CONCLUSIONES

- Existe una correlación íntima y fundamentada, entre la aparición de amenaza de parto pretérmino y la presencia de infección de vías urinarias en las pacientes gestantes con un alto porcentaje.

- Se identificó que la edad de gestacional donde esta patología clínica está presente es la 31 -36.6 semanas de gestación lo que nos lleva más de cerca al hecho de que es un factor importante en la amenaza de parto prematuro y sus complicaciones.

- Entre las pacientes con amenaza de parto pretérmino se demuestra, la edad con mayor incidencia se encuentran entre los 15 a 20 años lo que muestra que hay un predominio en pacientes jóvenes.

9. RECOMENDACIONES

- Fomentar el cumplimiento de los controles prenatales en número y calidad de acuerdo a lo establecido por la OMS.

- Recomiendo aplicar los protocolos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, además de educar en forma correcta el buen aseo del área genital y de presentar síntomas urinarios, acudir al médico para brindarle la asesoría necesaria evitando complicaciones a futuro.

- Se recomienda charlas educativas a grupos de madres adolescentes en cada establecimiento de primer nivel como de segundo y tercero por parte del personal de salud, con la finalidad de proporcionar a la madre gestante información sobre la importancia del control prenatal.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. *AMERICAN CONGRESS OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS*. (ENERO de 2016). Obtenido de ACOG: http://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/Trabajo-de-parto-prematuro-y-parto-prematuro

2. Ariel Estrada-Altamirano, R. F.-D.-Z. (2010). Infección de vías urinarias en la mujer embarazada.Importancia del escrutinio de bacteriuria asintomática durante la gestación. *Medigraphic.org*, 1-5.

3. Cadavid, S. M. (27 de 09 de 2010). *EMERGENCIAS MEDICAS DEL ORIENTE* . Recuperado el 23 de AGOSTO de 2016, de EMERGENCIAS MEDICAS DEL ORIENTE : http://emedoriente.com/nuestros-servicios/area-protegida/2-uncategorised/25-amenaza-de-parto-prematuro

4. Cristina M. Laterra, S. S. (2011). GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA Amenaza de parto Pretermino . Buenos Aires , Argentina .

5. Cruz, D. Á. (2013). *AMENAZA PARTO PRETERMINO Y COMPLICACIONES DE PREMATURIDAD.* MADRID.

6. *DMedicina.com*. (19 de Noviembre de 2015). Obtenido de DMedicina.com: http://www.dmedicina.com/familia-y-embarazo/mi-bebe/2015/11/19/infeccion-urinaria-embarazo-riesgo-bebe-97272.html

7. EM. Losa, E. G. (FEBRERO de 2006). *ELSEVIER*. Obtenido de ELSEVER: http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-factores-riesgo-del-parto-pretermino-13084343

8. F. Gary Cunningham, K. J. (2011). Aparato Urinario Funcion Renal embarazo. En *Obstetricia de Williams 23va. Edición* (págs. 123-125). Mexico D.F: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A.

9. Faneite Pedro, G. R. (Diciembre de 2006). Amenaza de parto pre. *Scielo*, 3. Obtenido de Scielo .

10. Hospital Sant Joan de Déu. (2014). Amenaza de parto pretérmino. *CLINIC Barcelona*, 3-5.

11. Ibarra H, A. C. (2007). Resultados Perinatales en la Amenaza de Parto Prematuro. Experiencia del Hospital San Pablo, Asuncion . 12-13 .

12. López M, C. T. (2008). *INFECCIÓN VIAS URINARIAS Y GESTACIÓN.* Barcelona.

13. LR. Lucio, A. E.-V.-C. (8 de AGOSTO de 2005). *ELSEVIER.* Obtenido de ELSEVIER: http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-asociacion-entre-las-infecciones-del-13078320

14. Luis Alberto Villanueva Egan, A. K. (2008). Perfil epidemiológico del parto prematuro. *Medigraphic Artenisa* , 1-7.

15. M López, T. C. (junio de 2012). INFECCIÓN VIAS URINARIAS Y GESTACIÓN . *CLINIC Barcelona hospital Universitario* , 1-2 . Obtenido de https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/infecciones%20urinarias%20y%20gestaci%F3n.pdf

16. Martín, M. M. (21 de Noviembre de 2013). PATOLOGÍA URINARIA Y EMBARAZO. *clases de residentes 2013*, 1- 9.

17. Martín., M. T. (21 de Noviembre de 2013). PATOLOGÍA URINARIA Y EMBARAZO. . *INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN LA EMBARAZADA*. Granada , España .

18. O, C. O. (2010). *Infección de Vías Urinarias asociada al parto pretérmino en el Hospital Regional* . VERACRUZ .

19. obstetricia, P. a. (2012). Amenaza de Parto Pretermino . *ProSego* , 1.

20. Oyarzún, D. E., & Gutiérrez, D. J. (DICIEMBRE de 2010). *MINISTERIO DE SALUD GUIA CLINICA PREVENCION DE PARTO PREMATURO.* Recuperado el 23 de AGOSTO de 2016, de MINISTERIO DE SALUD GUIA CLINICA PREVENCION DE PARTO PREMATURO: http://web.minsal.cl/portal/url/item/721fc45c972f9016e04001011f0113bf.pdf

21. PAUCARIMA, M. E. (2013). Incidencia de las infecciones de vias urinarias en embarazadas de 18 a 30 años . *Incidencia de las infecciones de vias urinarias en embarazadas de 18 a 30 años* . Guayaquil, GUAYAS , ECUADOR .

22. Pedro Faneite, R. G. (2006). AMENAZA DE PARTO PREMATURO E INFECCIÓN URINARIA. *SCIELO* .

23. Publica, M. d. (2013). *Infección de Vias Urinarias en el Embarazo.* Quito.

24. PUBLICA, M. D. (2013). *INFECCION DE VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO* . QUITO.

25. Publica, M. d. (2014). Infeccion de Vias Urinarias en el Embarazo . *Guia para la embarazada* , 5-6 .

26. Publica, M. d. (2015). Parto pretermino . *Componente normativo materno. Quito.*, 177- 181 .

27. Publica, M. d. (2015). *Componente normativo materno.* Quito.

28. Publica, M. d. (2015). *Control Prenatal Guia Practica clinica.* Quito : Dirección Nacional de Normatización.

29. Publica, M. d. (2015). *RECIEN NACIDO PREMATURO GUIA PRACTICA CLINICA* . QUITO : Dirección Nacional de Normatización-MSP.

30. Quirós González Gabriela, A. P. (2016). Amenaza de Parto Pretérmino. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD* , 3.

31. Stacy Beck, D. W., & Look, P. F. (ENERO de 2010). *Organizacion Mundial de la Salud* . Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud : http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554-ab/es/

32. Terriquez, J. E., Martínez, M. A., & Zamora-Aguilar, L. M. (2014). *Prevalencia de infección de vias urinarias en pacientes hospitalizadas con amenaza de parto pretermino.* Mexico .

33. Yoled, M. M. (2013). *PREVALENCIA DE PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES CON INFECCION DE VIAS URINARIAS EN EL AREA DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA EN EL PERIODO JUNIO 2011- JULIO 2012.* AMBATO .

11. ANEXOS

ANEXO Nº 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Por medio de la presente se pretende revisar las historias clínicas para realizar el trabajo de investigación planteado "Amenaza de parto pre término relacionado con infección de vías urinarias en pacientes que acuden al hospital San Vicente de Paul".

El llenado de las hojas de recolección de datos debe realizarse sin enmendaduras. Consta de un espacio adecuado para la recolección de la información.

1. Edad:
   a) 16- 20 años ( )
   b) 21- 25 años ( )
   c) 26 - 30 años ( )
   d) 31- 35 años ( )
2. Amenaza de parto pre término:

   Si ( ) no ( )

3. Edad Gestacional:
   a) 21 - 25 semanas ( )
   b) 26 - 30 semanas ( )
   c) 31 - 36.6 Semanas ( )

EXPLORACIÓN OBSTÉTRICA

4. Contracciones uterinas:

   a) 1 a 2 contracciones uterinas en 30min ( )

   b) 3 o más en 30min ( )

5. Dilatación cervical:

   a) 1 a 2cm ( )

   b) ≥3cm ( )

EXAMEN DE LABORATORIO

6. Examen microscópico de orina:

   - Infeccioso ( ) No Infeccioso ( )

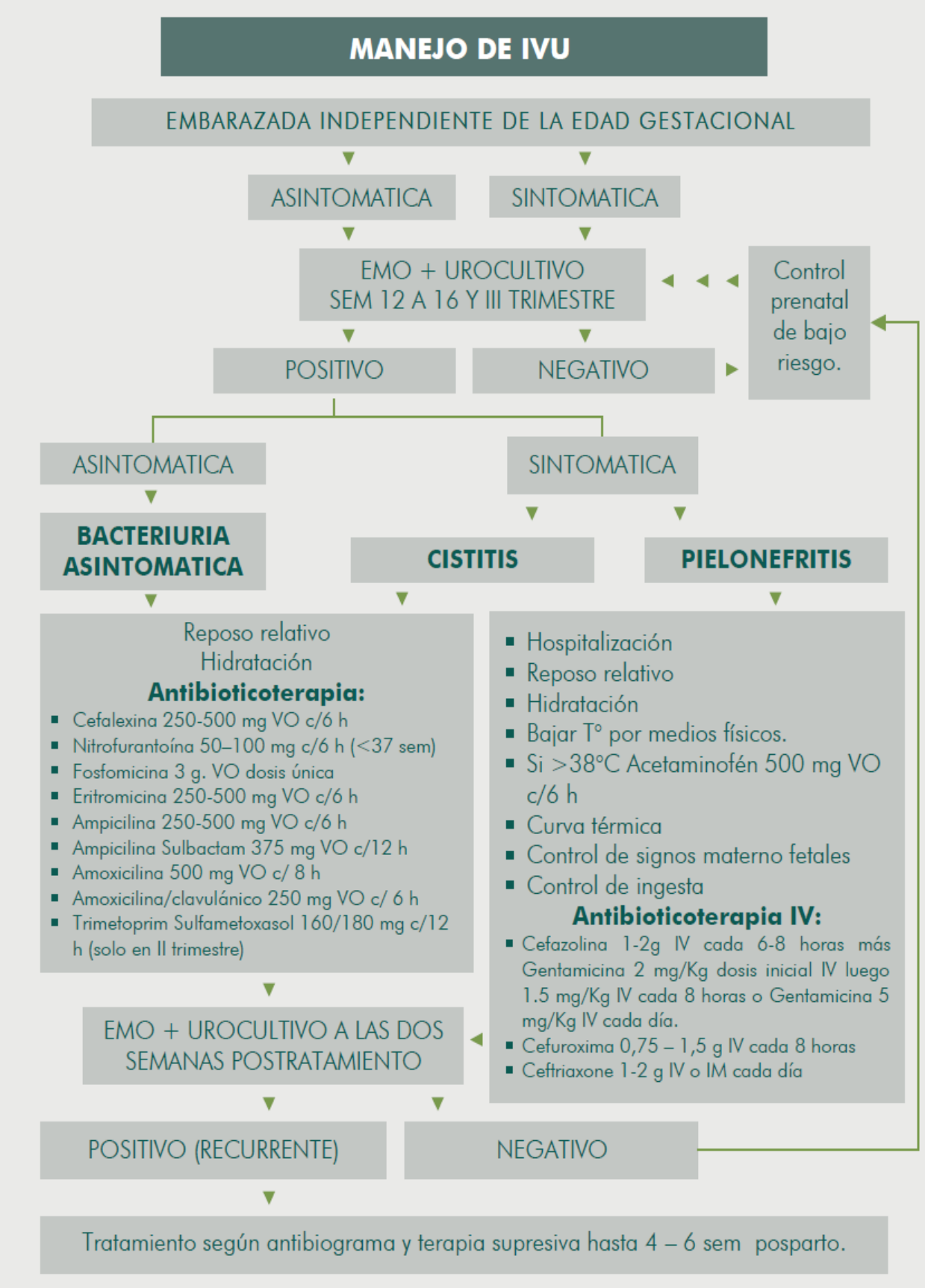
7. Infección de Vías urinarias en que trimestre:

   1º trimestre ( )

   2º trimestre ( )

   3º trimestre ( )

ANEXO Nº2. Flujograma de Manejo y Toma de decisiones del Componente Normativo Materno del MSP



ANEXO Nº 3. Flujograma de Manejo y Toma de decisiones del Componente Normativo Materno del MSP

ANEXO Nº 4

PROYECTO DE TESIS

TEMA:

INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS COMO CAUSA DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

OBJETIVOS:

Objetivo general:

a) Establecer la relación de infección de vías urinarias y amenaza de parto pretérmino.

Objetivos Específicos:

b) Identificar la edad gestacional más frecuente de infección de vías urinarias.
c) Determinar la prevalencia de amenaza de parto pretérmino.
d) Establecer la edad cronológica en que se presenta la Amenaza de Parto pretérmino

PROBLEMATIZACIÓN

La amenaza de parto pretérmino, continúa siendo una de las complicaciones obstétricas más frecuentes y de gran repercusión dentro de la salud reproductiva a pesar de los grandes avances de la medicina moderna, no solo por lo que esta implica sino también por las complicaciones neonatales que de ella derivan, para el ministerio de salud es un reto y patología de mucha atención.

La amenaza de parto pretérmino se define como las contracciones que ocurren después de la semana 20 y antes de las 37 semanas de gestación sin cambios cervicales mayores con dilatación menor de 3cm (Cadavid, 2010)

La incidencia de Amenaza de parto pretérmino y factores que desencadenan esta acción entre estas la segunda causa más común de infección de vías urinarias, ha sido la problemática de varias décadas atrás en la salud, seguido del parto prematuro es una causa frecuente de morbilidad y mortalidad, su incidencia está en relación de 5 a 10% de todos los embarazos. (Terriquez, Martínez, & Zamora-Aguilar, 2014).

Durante el embarazo las infecciones de las vías urinarias son comunes porque debido a los cambios fisiológicos normales de este proceso pueden colonizarse.

Entre los factores de riesgo que favorecen las infecciones de vías urinarias (IVU) en el embarazo se encuentran dilatación ureteral, cambios vesicales, cambios en la composición de la orina y factores hormonales. (LR. Lucio, 2005)

Las infecciones de vías urinarias son el factor de riesgo más importante en el embarazo. El 10% de los ingresos hospitalarios en gestantes se deben a infecciones de vías urinarias. (M López, 2012)

Cuando no ha sido detectada la amenaza de parto se vuelve parto pretermino trayendo consigo problemas para la madre y el feto.

En España, existen estudios donde 90-95% de las pacientes presentan episodios de IVU en cualquier trimestre del embarazo, y dentro del 20-25% de ellas desarrolla amenaza de parto pre término por esta causa.

La amenaza de parto pre término puede tener un origen multifactorial, pero la causa conocida más frecuente es la infección/ inflamación presente según datos del Hospital Clinic (2008- 2013) BARCELONA y de forma muy similar a lo reportado en la literatura, en un 18% del total de mujeres que ingresan por amenaza de parto prematuro. (Hospital Sant Joan de Déu, 2014)

En Estados Unidos la amenaza de parto prematuro representa el diagnostico que más a menudo conduce a hospitalización durante el embarazo de acuerdo al estudio de Pregnancy Infection and nutrition (PIN), diseñado para establecer los condicionantes del parto prematuro, identifico que su antecedentes: infección de transmisión sexual antes de las 24 semanas de embarazo y vaginosis bacteriana se relacionaron significativamente con admisión por amenaza de parto prematuro en cualquier momento del embarazo (Luis Alberto Villanueva Egan, 2008)

En Paraguay se realizó un estudio con 3332 pacientes , se encontró una prevalencia de 3.37% de casos de Amenaza de parto pretermino, las patologías más frecuentemente asociadas fueron Infección de vías Urinarias y Ruptura prematura de membranas, de acuerdo a este estudio se concluye que la amenaza de parto pretérmino se asocia a infección de vías urinarias (Ibarra H, 2007)

En Venezuela, varios autores han reportado varias facetas de las infecciones urinarias durante el embarazo, Corrochano, expresan que la infección urinaria y la hipertensión arterial son las principales causas de hospitalización por patología no obstétrica asociada al embarazo. (Pedro Faneite, 2006)

Puerto Cabello, en 497 amenazas de parto prematuro, a 428 se realizó examen de orina, de estas 294 (68,69%) reportaron infección urinaria, grupo estudio, periodo diciembre 2001 - diciembre 2004. Concluyo que Las amenazas de parto pretermino tienen estrecha relación con las infecciones urinarias, tratarlas adecuadamente permite disminuir sus consecuencias. (Faneite Pedro, 2006)

Mediante un trabajo de investigación realizado en el año 2012 en nuestro País en la ciudad de Ambato se obtuvo 202 pacientes diagnosticas con amenaza de parto prematuro en el Hospital Provincial Docente Ambato, se pudo determinar que la infección de vías urinarias son la primera causa de amenaza de parto prematuro con 68.32 %, y que la edad gestacional involucrada esta entre las 30-36.6 semanas de gestación

A nivel de la provincia del Oro no se han realizado estudios de infección de vías urinarias y su relación con amenaza de parto pretérmino.

De acuerdo a las normas del Ministerio de Salud Publica en el ECUADOR el control de embarazo influye de manera correcta siendo el conjunto de actividades que ofrece el equipo de salud a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a. (Publica M. d., Componente normativo materno, 2015)

La infección de vías urinarias en el embarazo es una de las prioridades del control prenatal ya que reportes de tratamiento de las bacteriurias en el embarazo se relaciona con una disminución entre un 10 y 20% de prematuridad y de una reducción de bajo peso al nacer (YÁNEZ, 2010)

Es evidente que la Amenaza de Parto pre término es un tema de salud latente y sobre todo que una de las principales causas es la Infección de vías urinarias, por lo que se plantea la necesidad de la siguiente pregunta de investigación:

¿LA INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS ES CAUSA DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO?

JUSTIFICACIÓN

La Amenaza de parto pretérmino implica varios problemas en diversos ámbitos de nuestra sociedad: económico, social; los factores que generan su incidencia son motivo de investigación ya que si no son tratados a tiempos desarrollan varias complicaciones en el transcurso normal del embarazo trayendo consigo el Parto Pre-término.

La hospitalización por Amenaza de Parto pre-termino (APP) supone gran parte de los costes asociados al cuidado prenatal. Por tanto, la APP sería el último escalón en la prevención de la prematurez (obstetricia, 2012).

En el Hospital San Vicente de Paul hasta el momento no se ha realizado ningún estudio sobre infección de vías urinarias relacionado con amenaza de parto pretérmino, teniendo en cuenta que las infecciones urinarias representan un problema de salud pudiendo derivar en complicaciones que amenacen la culminación del embarazo y ocasionar riesgos para el feto; la presente investigación tendrá como propósito determinar la relación de infección de vías urinarias con amenaza de parto pretérmino para poder disminuir la morbimortalidad perinatal por prematurez lo cual justifica la realización de este trabajo.

La presente investigación tiene importancia social, por que motiva a buscar alternativas de solución al problema en el profesional, mejorando la calidad de atención en las pacientes que presentan amenaza de parto pre-término y su relación con las infecciones de vías urinarias dando importancia a los controles prenatales. Además fortalecerá el Programa de Salud Integral a la embarazada en este establecimiento de salud.

Este estudio ofrece beneficios teóricos al aportar mayores datos en la atención de esta patología; por tanto, servirá de antecedente para otros estudios sobre el tema.

METODOLOGÍA

Tipo de Estudio

La presente investigación es un estudio Correlacional, Cuantitativo, Descriptivo y Retrospectivo.

Área de estudio:

Cantón Pasaje en Hospital San Vicente de Paul; Servicio Ginecología.

- **Ubicación:** el Hospital San Vicente de Paul de Pasaje se encuentra ubicado en la Avenida Quito y Sucre es un hospital Básico, consta de los siguientes servicios: Medicina Interna, Neonatología, Pediatría, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Emergencia, Consulta Externa, Laboratorio Clínico, Ecografía, Farmacia, y con personal adecuado como: Médicos especialista, Médicos Residentes, Internos Rotativos de Medicina, Internos Rotativos de Enfermeria, Enfermeras, Auxiliares de enfermería etc. Poniendo a disposición de sus servicios las 24horas del día y los 365 días al año.

Universo:

Todas las pacientes que ingresan con diagnóstico de Amenaza de Parto pre-término al departamento de gineco-obstetricia del Hospital San Vicente de Paul en el periodo Enero- Junio 2016.

Muestra:

Todas las pacientes que ingresan con diagnóstico de amenaza de parto pre término por infección de vías urinarias en el servicio de gineco- obstetricia del Hospital San Vicente de Paul de Pasaje en el periodo Enero 2016- junio 2016.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

Criterios de inclusión:

- Pacientes con embarazo entre 21 semanas y 36.6 semanas de gestación
- Pacientes embarazadas de cualquier edad y paridad
- Pacientes embarazadas con Infección de vías urinarias confirmada
- Pacientes embarazadas con Infección de vías urinarias recurrente
- Pacientes Embarazadas con antecedentes de parto prematuro
- Pacientes con comorbilidad (Diabetes)
- Pacientes atendidas en el hospital San Vicente de Paul durante el periodo de investigación (Enero – Junio)

Criterios de exclusión

- Pacientes embarazadas con embarazo mayor de 37 semanas de gestación
- Pacientes atendidas después del periodo de investigación

CRITERIOS ÉTICOS

Para el desarrollo de esta investigación se cumplirá con los principios básicos del proceso investigativo.

- Pidiendo la aprobación y colaboración del director del Hospital así como también médicos involucrados en el proceso investigativo, para acceder a las historias clínicas de las pacientes con Amenaza de parto pre-termino el periodo de Enero-Junio del 2016 se realizará mediante un oficio que se lo enviará de parte de la dirección de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja.
- Se garantizará la confidencialidad de los datos, la privacidad y anonimato.

MÉTODOS Y TÉCNICAS

La aplicación de la hoja de recolección de datos que consta de 7 items elaborada por mi autoría,

Además para establecer la relación de infección de vías urinarias y amenaza de parto pre término se aplicara la prueba de chi-cuadrado donde se obtendrá 2 hipotesis:

- Alternativa: La Infección de vías urinarias causa amenaza de parto pretérmino
- Nula : la infección de vías Urinarias no causa amenaza de parto pretérmino

$$\chi^2 = \sum \frac{(fo - fe)^2}{fe}$$

Formula:

INSTRUMENTOS:

Historia Clínica de las pacientes y hoja de recolección de datos, previamente elaborada por el investigador.

RECURSOS HUMANOS:

Investigador: Mariuxi Cecibel Saraguro Martinez

RECURSOS INSTITUCIONALES:

- Hospital San Vicente de Paul de Pasaje
- Biblioteca del Área de la Salud Humana de la UNL

RECURSOS FÍSICOS

- Computadora Portátil, Impresora, Hojas de papel bond, esferos, carpetas de apuntes, flash memory, cuadernos.

INSTRUMENTOS:

- Ficha de recolección de datos
- Historia clínica

RECURSOS ECONÓMICOS

- Subsidiado por el autor.

PLAN DE TABULACION Y ANÁLISIS DE DATOS

La información obtenida será ordenada y tabulada; los resultados obtenidos se emitirán a través de tablas de frecuencia mediante el programa Microsoft Oficce Excel

VARIABLES DEPENDIENTES

Amenaza de parto pre-término

VARIABLE INDEPENDIENTE

Infección de vías urinarias

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	CONCEPTO OPERATIVO	INDICADORES	ESCALA
AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO	Biológica	Contracciones uterinas (3 en 30min) sin cambios cervicales mayores con dilatación menor a 3cm antes de las 37 semanas (259dias desde FUM)	1. Contracciones Uterinas 2. Dilatación : 3. Edad Gestacional	2.1 CU: 1 – 2 en 30min 2.2 CU: 3 e 30min 2.3 D: 1- 2cm 2.4 D: 3cm 2.5) 21 - 25 semanas 2.6) 26 - 30 semanas 2.7)31 - 36.6 Semanas
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	Biológica	Presencia de microorganismos patogénicos en el tracto urinario incluyendo uretra, vejiga, riñón.	Elemental Microscópico de Orina	a) Infeccioso b) No infeccioso

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	AGOSTO 2016		SEPTIEMBRE 2016				OCTUBRE 2016				NOVIEMBRE 2016				DICIEMBRE 2016			
	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
ELABORACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS																		
PRESENTACIÓN Y APROBACIÓN DEL PROYECTO																		
ELABORACIÓN DEL MARCO TEÓRICO																		
APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS																		
TABULACIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICOS																		
ELABORACIÓN DE CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES																		
PRESENTACIÓN DEL PRIMER BORRADOR DE TESIS																		
SUSTENTACIÓN DE TESIS																		

Bibliografía

Ariel Estrada-Altamirano, R. F.-D.-Z. (2010). Infección de vías urinarias en la mujer embarazada.Importancia del escrutinio de bacteriuria asintomática durante la gestación. *Medigraphic.org*, 1-5.

Cadavid, S. M. (27 de 09 de 2010). *EMERGENCIAS MEDICAS DEL ORIENTE* . Recuperado el 23 de AGOSTO de 2016, de EMERGENCIAS MEDICAS DEL ORIENTE : http://emedoriente.com/nuestros-servicios/area-protegida/2-uncategorised/25-amenaza-de-parto-prematuro

Cristina M. Laterra, S. S. (2011). GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA Amenaza de parto Pretermino . Buenos Aires , Argentina .

Cruz, D. Á. (2013). *AMENAZA PARTO PRETERMINO Y COMPLICACIONES DE PREMATURIDAD.* MADRID.

DMedicina.com. (19 de Noviembre de 2015). Obtenido de DMedicina.com: http://www.dmedicina.com/familia-y-embarazo/mi-bebe/2015/11/19/infeccion-urinaria-embarazo-riesgo-bebe-97272.html

EM. Losa, E. G. (FEBRERO de 2006). *ELSEVIER*. Obtenido de ELSEVER: http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-factores-riesgo-del-parto-pretermino-13084343

F. Gary Cunningham, K. J. (s.f.). Fisiologia y bioquimita del trabajo de Parto Prematuro. En *Obstetricia de Williams* (págs. 163- 167). McGraw-Hill Interamericana.

Faneite Pedro, G. R. (Diciembre de 2006). Amenaza de parto pre. *Scielo*, 3. Obtenido de Scielo .

Henri Rouviere, A. D. (s.f.). *Anatomia de Rouviere* . 551.

Henri Rouviere, A. D. (s.f.). *Anatomia Humana : Organos Urinarios* (Vol. II). (1. EDICION, Ed.) MASSON .

Hospital Sant Joan de Déu. (2014). Amenaza de parto pretrmino. *CLINIC Barcelona*, 3-5.

Ibarra H, A. C. (2007). Resultados Perinatales en la Amenaza de Parto Prematuro. Experiencia del Hospital San Pablo, Asuncion . 12-13 .

López M, C. T. (2008). *INFECCIÓN VIAS URINARIAS Y GESTACIÓN*. Barcelona.

Luis Alberto Villanueva Egan, A. K. (2008). Perfil epidemiológico del parto prematuro. *Medigraphic Artenisa* , 1-7.

M López, T. C. (junio de 2012). INFECCIÓN VIAS URINARIAS Y GESTACIÓN . *CLINIC Barcelona hospital Universitario* , 1-2 . Obtenido de https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/infecciones%20urinarias%20y%20gestaci%F3n.pdf

Martín, M. M. (21 de Noviembre de 2013). PATOLOGÍA URINARIA Y EMBARAZO. *clases de residentes 2013*, 1- 9.

Martín., M. T. (21 de Noviembre de 2013). PATOLOGÍA URINARIA Y EMBARAZO. . *INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN LA EMBARAZADA*. Granada , España .

O, C. O. (2010). *Infección de Vías Urinarias asociada al parto pretérmino en el Hospital Regional* . VERACRUZ .

obstetricia, P. a. (2012). Amenaza de Parto Pretermino . *ProSego* , 1.

Oyarzún, D. E., & Gutiérrez, D. J. (DICIEMBRE de 2010). *MINISTERIO DE SALUD GUIA CLINICA PREVENCION DE PARTO PREMATURO.* Recuperado el 23 de AGOSTO de 2016, de MINISTERIO DE SALUD GUIA CLINICA PREVENCION DE PARTO PREMATURO: http://web.minsal.cl/portal/url/item/721fc45c972f9016e04001011f0113bf.pdf

Pedro Faneite, R. G. (2006). AMENAZA DE PARTO PREMATURO E INFECCIÓN URINARIA. *SCIELO.*

Publica, M. d. (2013). *Infección de Vias Urinarias en el Embarazo.* Quito.

PUBLICA, M. D. (2013). *INFECCION DE VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO* . QUITO.

Publica, M. d. (2014). Infeccion de Vias Urinarias en el Embarazo . *Guia para la embarazada* , 5-6 .

Publica, M. d. (2015). Parto pretermino . *Componente normativo materno. Quito.*, 177-181 .

Publica, M. d. (2015). *Componente normativo materno.* Quito.

Publica, M. d. (2015). *Control Prenatal Guia Practica clinica.* Quito : Dirección Nacional de Normatización.

Publica, M. d. (2015). *RECIEN NACIDO PREMATURO GUIA PRACTICA CLINICA* . QUITO : Dirección Nacional de Normatización-MSP.

Quirós González Gabriela, A. P. (2016). Amenaza de Parto Pretérmino. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD* , 3.

Stacy Beck, D. W., & Look, P. F. (ENERO de 2010). *Organizacion Mundial de la Salud* . Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud : http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554-ab/es/

Terriquez, J. E., Martínez, M. A., & Zamora-Aguilar, L. M. (2014). *Prevalencia de infección de vias urinarias en pacientes hospitalizadas con amenaza de parto pretermino.* Mexico .

YÁNEZ, N. (2010). perfiles epidemiologicos de la madre y el recien nacido prematuro en el hospital gineco - obstetrico Isidro Ayora de Quito. *Revista Ecuatoriana Pediatrica*, 12- 16.

Yoled, M. M. (2013). *PREVALENCIA DE PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES CON INFECCION DE VIAS URINARIAS EN EL AREA DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA EN EL PERIODO JUNIO 2011- JULIO 2012.* AMBATO .

ANEXO Nº 4

CERTIFICADO DE TRADUCCIÓN DEL RESUMEN

CENTRO DE ESTUDIOS LATINOAMERICANO

Excelencia e Innovación Educativa

Informática ✓
Inglés ✓
Contabilidad ✓

Lcda. Tanya Jhulissa León Puga

INSTRUCTORA DEL CENTRO DE ESTUDIOS LATINOAMERICANO.

A petición verbal._

C E R T I F I C A

Que el resumen del Trabajo de titulación: **"INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS COMO CAUSA DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO"**, de la Srta Mariuxi Cecibel Saraguro Martínez, con el Nº de cedula 1105362188 de la Carrera de Medicina Humana, para la obtención de título de médico general.

Por cuanto puedo certificar en honor a la verdad que esta traducción es correcta y autentica por lo que autorizo al portador de este documento hacer el uso del mismo en lo que se creyere conveniente.

Loja, 23 de Enero del 2017.

Lic. Tanya Jhulissa León Puga
CI: 1150128195
DOCENTE

CENTRO DE ESTUDIOS LATINOAMERICANO

LOJA: Azuay 12-85 entre Bernardo Valdivieso y Olmedo - Telefax: 2578-568 / Cel. 097291104
email: celatinoamericano@hotmail.com