

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ASOCIADO A AMENAZA DE PARTO  
PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA AÑO 2019**

**TESIS**

**PRESENTADA POR BACHILLER**

**ABDALA CASTRO LUCERO GUADALUPE**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE**

**MÉDICO CIRUJANO**

**LIMA – PERÚ**

**2020**

**ASESOR**

DR. PINTO OBLITAS JOSEPH

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a mis padres y a mi tía María por haberme apoyado durante mi carrera profesional. A mi asesor el Dr. Joseph Pinto Oblitas por haberme guiado en la realización del presente trabajo de investigación.

## **DEDICATORIA**

Dedicado con gran amor a mis padres y hermano por haber confiado en mí siempre.

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar la asociación entre la infección del tracto urinario con la amenaza de parto pretérmino en el Hospital de Ventanilla en el año 2019.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio de tipo observacional, analítico, retrospectivo, transversal, de casos y controles. La muestra fue de 200 gestantes atendidas en el Hospital de Ventanilla en el año 2019, Lima-Perú. Para la recolección de datos se realizó la revisión de historias clínicas de 100 casos y 100 controles. Para el análisis de los datos, se utilizó el software estadístico SPSS Statistics V25, se aplicó la prueba de chi-cuadrado, tomando valores de  $p < 0.05$  para la significancia estadística y se calculó el OR con un intervalo de confianza al 95%.

**RESULTADOS:** La infección del tracto urinario es un factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino, con razón de momios de 2,558 con intervalo de confianza al 95% (1,446 – 4,528) con un  $p = 0,001$  demostrando que si hay asociación estadísticamente significativa. La paridad (multigesta) es un factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino con razón de momios de 2,681 con intervalo de confianza al 95% (1,511- 4,757) con un  $p = 0,001$  demostrando que si hay asociación estadísticamente significativa. Los controles prenatales (completos) es un factor protector para la amenaza de parto pretérmino, con una razón de momios de 0,192 con intervalo de confianza al 95% (0,105 – 0,351) con un  $p = 0,000$  demostrando que si hay asociación estadísticamente significativa. No existe asociación estadísticamente significativa para la variable edad gestacional.

**CONCLUSIÓN:** La infección del tracto urinario y los antecedentes obstétricos como paridad (multigesta) y los controles prenatales (incompletos) se comportan como factores de riesgo para la amenaza de parto pretérmino.

**PALABRAS CLAVE:** Infección del tracto urinario, amenaza de parto pretérmino, factor de riesgo, factor asociado.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To determine the association between urinary tract infection and preterm birth at Ventanilla Hospital in 2019.

**MATERIALS AND METHODS:** Observational, analytical, retrospective, cross-sectional study of cases and controls. The sample was 200 pregnant women treated at the Ventanilla Hospital in 2019, Lima-Peru. For the collection of data, the review of medical records of 100 cases and 100 controls was performed. For the analysis of the data, the statistical software SPSS Statistics V25 was used, the chi-square test was applied, taking values of  $p < 0.05$  for the statistical significance and the OR was calculated with a 95% confidence interval.

**RESULTS:** Urinary tract infection is a risk factor for the threat of preterm birth, with a odds ratio of 2,558 with a 95% confidence interval (1,446 - 4,528) with a  $p = 0.001$  demonstrating that there is a statistically significant association. Parity (multigest) is a risk factor for the threat of preterm birth with a odds ratio of 2,681 with a 95% confidence interval (1,511-4,757) with a  $p = 0.001$  demonstrating that there is a statistically significant association. Prenatal controls (complete) are a protective factor for the threat of preterm birth, with an odds ratio of 0.192 with a 95% confidence interval (0.105-0.351) with a  $p = 0.000$  showing that there is a statistically significant association. There is no statistically significant association for the gestational age variable.

**CONCLUSION:** Urinary tract infection and obstetric history as parity (multigest) and prenatal (incomplete) controls behave as risk factors for the threat of preterm birth.

**KEYWORDS:** Urinary tract infection, Threat of preterm birth, risk factor, associated factor.

## INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se busca determinar la asociación entre la infección del tracto urinario y el desarrollo de amenaza de parto pretérmino en el Hospital de Ventanilla, en el que también pueden intervenir antecedentes obstétricos para su desarrollo. Estas variables serán estudiadas en el presente trabajo de investigación.

Los partos pretérminos constituyen un grave problema de salud pública, y es la razón más frecuente de morbilidad infantil, debido a que sus órganos no han alcanzado la madurez suficiente. Uno de los mayores problemas son los de causa respiratoria, donde la supervivencia va a depender del adecuado manejo, control y vigilancia de patologías como enfermedad de membrana hialina, apnea del prematuro, y también poder prevenir displasia broncopulmonar o enfermedad pulmonar crónica, que requiere manejo de oxigenoterapia. Otro de los grandes problemas en cuanto a los prematuros extremos es que mantienen persistencia en el ductus arterioso y su vida va a depender su óptima intervención.

Según el lugar donde nacen, puede significar diferencias en cuanto a la supervivencia. Cuando se trata de recién nacidos con menos de 28 semanas aproximadamente el 90% en los países con baja economía, muere en los primeros días. En cuanto a los países con alta economía el aproximadamente el 10% muere con la misma edad gestacional.

Por lo tanto, es relevante lograr un enfoque en pacientes con aquellas características que puedan desencadenar parto pretérmino. La infección del tracto urinario es una patología que ocurre con mucha frecuencia durante la gestación y puede estar asociado a parto pretérmino, por lo que es importante tomar medidas preventivas para evitar las posibles complicaciones, tanto maternas como fetales.

## ÍNDICE

<b>CARÁTULA</b>	I
<b>ASESOR</b>	II
<b>AGRADECIMIENTO</b>	III
<b>DEDICATORIA</b>	IV
<b>RESUMEN</b>	V
<b>ABSTRACT</b>	VI
<b>INTRODUCCIÓN</b>	VII
<b>ÍNDICE</b>	VIII
<b>LISTA DE TABLAS</b>	XI
<b>LISTA DE ANEXOS</b>	XIII

### **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	2
1.2.1. Problema general	2
1.2.2. Problemas específicos	2
1.3. Justificación	3
1.4. Delimitación del área de estudio	4
1.5. Limitaciones de la investigación	4
1.6. Objetivos	5
1.6.1. Objetivo general	5
1.6.2. Objetivos específicos	5
1.7. Propósito	5



## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

2.1.	Antecedentes bibliográficos	6
2.2.	Bases teóricas	10
2.3.	Marco conceptual	25
2.4.	Hipótesis	26
	2.4.1. Hipótesis general	26
2.5.	Variables	26
2.6.	Definición operacional de términos	26

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

3.1.	Diseño metodológico	28
	3.1.1. Tipo de investigación	28
	3.1.2. Nivel de investigación	28
3.2.	Población y muestra	28
3.3.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	30
3.4.	Diseño de recolección de datos	30
3.5.	Procesamiento y análisis de datos	30
3.6.	Aspectos éticos	31

## **CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

4.1.	Resultados	32
4.2.	Discusión	36

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1.	Conclusiones	38
5.2.	Recomendaciones	39

<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>40</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>44</b>

## LISTA DE TABLAS

<b>TABLA N°1:</b>	Características de las pacientes que presentaron o no amenaza de parto pretérmino en el Hospital de Ventanilla año 2019.	<b>32</b>
<b>TABLA N°2:</b>	VARIABLES asociadas a amenaza de parto pretérmino en el Hospital de Ventanilla año 2019.	<b>34</b>
<b>TABLA N°3:</b>	Riesgo en las pacientes para presentar amenaza de parto pretérmino en el Hospital de Ventanilla año 2019.	<b>35</b>

## **LISTA DE ANEXOS**

<b>ANEXO N°1:</b> Operacionalización de las variables	<b>45</b>
<b>ANEXO N°2:</b> Instrumento	<b>47</b>
<b>ANEXO N°3:</b> Validez de instrumentos - Consulta de expertos	<b>48</b>
<b>ANEXO N°4:</b> Matriz de consistencia	<b>51</b>

## CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

### 1.1. Planteamiento del problema

El parto pretérmino es un tema de mucha importancia por ser el motivo más relevante de mortalidad en recién nacidos (70%) y de hospitalizaciones prenatales. En relación a la mortalidad de los recién nacidos que poseen peso menos de 1000 gr las causas más frecuentemente encontradas son las infecciones, malformaciones congénitas e insuficiencia respiratoria. <sup>(1)</sup>

A nivel mundial el parto pretérmino posee una incidencia de 11.1%, la cual varía entre 5% a 15%; en Estados Unidos la incidencia es del 12% y ha ido en aumento en otros países. <sup>(1)</sup>

En el Perú, según ENDES, la tasa de mortalidad perinatal fue de 23,1 por mil nacimientos en el año 2000. Sin embargo, esta cifra ha disminuido en el año 2014 a 14 por mil nacimientos. <sup>(1)</sup>

La infección del tracto urinario puede traer diversas complicaciones durante el tiempo de la gestación, tanto en la madre como en el feto. Es la segunda patología que se presenta con mayor frecuencia durante la gestación, después de la anemia, como consecuencia de los múltiples cambios fisiológicos y morfológicos que se dan a nivel del tracto urinario, además de otros factores influyentes en su desarrollo. Entre sus complicaciones no obstétricas destacamos, la pielonefritis aguda, la cual se relaciona estrechamente con el shock séptico. <sup>(2)</sup>

Las infecciones producidas en las vías urinarias presentan un rango de incidencia del 5 al 10% aproximadamente durante el embarazo, con

mayor frecuencia son bacteriurias asintomáticas, en algunas oportunidades son procesos con presentación clínica como cistitis y pielonefritis. Las mujeres que se encuentran en estado de gestación son predisponentes a desarrollar con facilidad infecciones las vías urinarias, como consecuencia de múltiples cambios funcionales, anatómicos y hormonales, además el meato uretral presenta una ubicación cerca del periné y también de la vagina exponiéndose a las bacterias presente en estos llegando así hasta el tracto urinario.

En el Perú, así como en todos los demás países la bacteria uropatógena con más presencia es *Escherichia coli*, así como otros bacilos gran negativos y gran positivos.

El Hospital de Ventanilla, posee una capacidad resolutive limitada para poder abordar neonatos prematuros, por lo tanto, es muy importante detectar las características más importantes de las gestantes que puedan desencadenar parto pretérmino. Una de las características que suele estar presente en las pacientes con amenaza de parto pretérmino es la infección del tracto urinario.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿La infección del tracto urinario está asociada a la amenaza de parto pretérmino en el Hospital de Ventanilla año 2019?

### **1.2.2. Problemas específicos**

¿Cuál es la proporción de gestantes con infección del tracto urinario con amenaza de parto pretérmino en el Hospital de Ventanilla año 2019?

¿Cuál es la proporción de gestantes con infección del tracto urinario sin amenaza de parto pretérmino en el Hospital de Ventanilla año 2019?

¿Cuál es la asociación y proporción de antecedentes obstétricos como controles prenatales, edad gestacional y paridad en pacientes con amenaza de parto pretérmino que presentaron o no infección del tracto urinario en el Hospital de Ventanilla año 2019?

### **1.3. Justificación**

#### **Justificación teórica**

Este estudio tendrá como propósito aportar conocimiento acerca de la asociación de la infección del tracto urinario con amenaza de parto pretérmino, cuyo resultado podría ser usado para futuros estudios de investigación, aumentar el conocimiento de profesionales de la salud, además de concientizar estos para tomar las medidas preventivas acordes al caso y en general informar a las personas interesadas.

#### **Justificación práctica**

Este trabajo se realiza porque es importante mejorar el nivel de interés respecto a la infección de la vía urinaria en relación a la amenaza de parto pretérmino para idear estrategias preventivas, diagnóstico y tratamiento oportuno a cargo del personal de salud para así lograr evitar las posibles complicaciones que conlleva.

### **Justificación metodológica**

Este trabajo busca conocer la asociación entre la infección de la vía urinaria con amenaza de parto pretérmino, para que cuando sea demostrado su confiabilidad pueda ser útil en otros estudios.

#### **1.4. Delimitación del área de estudio**

##### **Delimitación espacial**

El presente estudio tuvo lugar de ejecución el servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Ventanilla ubicado en la avenida Pedro Beltrán MZ. C LT 3 Urb. Satélite De Ventanilla - Ventanilla, Callao.

##### **Delimitación temporal**

El presente estudio procedió a ejecutar los datos recolectados correspondientes al año 2019.

##### **Delimitación social**

El presente estudio se elaboró con mujeres que se encuentren en estado de gestación entre las semanas 20 a 36 6/7 atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia.

##### **Delimitación conceptual**

El presente estudio buscó encontrar el nivel de asociación entre la infección del tracto urinario en relación a la amenaza de parto pretérmino.

#### **1.5. Limitaciones de la investigación**

Para este estudio es necesaria la revisión de historias clínicas y para esto no todas las historias clínicas poseen datos completos y letra legible.



Pacientes con uso de fármacos teratogénicos o que presenten otras infecciones capaces de provocar parto pretérmino.

## **1.6. Objetivos**

### **1.6.1. Objetivo general**

Determinar si la infección del tracto urinario está asociada a la amenaza de parto pretérmino en el Hospital de Ventanilla año 2019.

### **1.6.2. Objetivos específicos**

Determinar la proporción de gestantes con infección del tracto urinario que presentaron amenaza de parto pretérmino en el Hospital de Ventanilla año 2019.

Determinar la proporción de infección del tracto urinario en gestantes que no presentaron amenaza de parto pretérmino en el Hospital de Ventanilla año 2019.

Identificar la asociación y proporción de antecedentes obstétricos como controles prenatales, edad gestacional y paridad en pacientes con amenaza de parto pretérmino que presentaron o no infección del tracto urinario en el Hospital de Ventanilla año 2019.

## **1.7. Propósito**

El presente estudio posee como principal finalidad determinar el nivel de asociación entre la infección del tracto urinario con relación a la amenaza de parto pretérmino, con el fin de que los profesionales de la salud que pertenecen al servicio de ginecología y obstetricia puedan realizar diversas estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes bibliográficos

#### Antecedentes nacionales

- Chira *et al.* (2015), realizaron un estudio transversal (n= 160) para hallar factores que desencadenan el riesgo para parto pretérmino – Lambayeque (Perú). Se encontró que la ITU (OR: 2.6), RPM (OR: 7.22), el embarazo de presentación múltiple (OR: 11.28) y el oligohidramnios (OR: 17.66) ; fueron de riesgo alto para desarrollar parto pretérmino.<sup>(3)</sup>
- Huamán *et al.* (2017), se elaboró un estudio observacional y analítico de casos y controles para hallar los factores que se encuentran asociados a parto pretérmino en servicio de Ginecología en Lima (Perú). La edad, la influencia del estado civil, el antecedente de control prenatal incompleto, el número de paridad, la presentación de preeclampsia, ITU, y el RPM presentaron un valor muy relevante ( $p < 0.5$ ) y demostraron ser factores logran influir al desarrollo parto pretérmino (OR:2.579).<sup>(4)</sup>
- Farfán *et al.* (2018), se elaboró un trabajo observacional, retrospectivo de casos y controles para hallar factores asociados a parto pretérmino en gestantes de edad adolescente Lima – Perú, donde se encontró que las variables aborto previo (OR: 3.3), RPM (OR: 2.6), pre eclampsia (OR: 2.3), placenta previa (OR: 2.1), anemia (OR: 2.1), y el control prenatal inadecuado (OR: 1.6) tuvieron asociación significativa a parto pretérmino en adolescente gestantes. No se tuvo asociación

significativa con las variables de cervicovaginitis, ITU, diabetes gestacional, antecedente de parto pretérmino, desprendimiento prematuro de placenta, paridad, consumo de tóxicos. <sup>(5)</sup>

- Castillo *et al.* (2017), se elaboró un estudio observacional descriptivo, conformado por 46 embarazadas de 24 a 37 semanas de gestación - Trujillo para hallar el perfil clínico de gestantes con amenaza de parto pretérmino que culminó en parto pretérmino, donde se encontró que el 80.4% tuvo infección vaginal, el 39.13% tuvo anteriormente parto pretérmino, y aborto el 21.74%, el 17.39% tuvo infección urinaria; la edad materna (28.5 años +/-6), longitud del cuello (24.33mm+/-7.39) y la edad gestacional al ingreso (32.5 semanas +/- 3.25). Se encontró diferencias de longitud de cuello uterino al comparar los días en que se produjo el parto pretérmino posterior a su ingreso (p=0.0002). <sup>(6)</sup>
- Orbegoso *et al.* (2016), se elaboró un estudio de tipo casos y controles, analítico, observacional, transversal y retrospectivo, en Lima (Perú) con el fin de encontrar la asociación que exista entre la infección de la vía urinaria como factor que predispone el desenlace de amenaza de parto pretérmino, se encontró que la ITU evidencia ser un factor para provocar amenaza de parto pretérmino (razón de momios de 6,303 IC 95%). La edad en que se presentó más frecuentemente fue entre 20 a 34 años, el IMC de más frecuente fue de >25, y las pacientes primigestas presentaron APP de forma más frecuente. El estudio arrojó como resultado que no existe relación considerable entre la edad, el IMC y la paridad con la ITU. <sup>(7)</sup>

### **Antecedentes internacionales**

- Pérez Pacheco *et al.* (2019), se hizo un estudio descriptivo correlacional en 115 pacientes con el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino con antecedente de ITU para hallar características asociadas a la infección de las vías urinarias. Se encontraron las características con mayor porcentaje como las siguientes: el 28% pertenecía al rango de edades de 20 a 25 años, el 41% tenían como estado civil unión libre, 43% tienen nivel secundario, el 39% son segundigesta, el 48% tenían de 30 a 32 semanas de edad gestacional, el 33% pertenece a mujeres de 4 a 5 CPN. <sup>(8)</sup>
- Rodríguez *et al.* (2019), es un estudio descriptivo, correlacional de corte transversal en el que fueron incluidas 678 gestantes – Cuba para identificar factores de riesgo relacionados a parto pretérmino., se encontraron factores como el hábito de consumo de cigarrillos, ingesta de bebidas alcohólicas, antecedente de embarazo pretérmino (OR= 2.32), pre – eclampsia (OR=6,31), infecciones del tracto urinario y vaginales (OR=3.41), crecimiento intrauterino retardado (OR=3,77), RPM y cambios cervicales (OR>2), mostraron diferencias muy significativas en las pacientes con parto pretérmino. <sup>(9)</sup>
- Franco *et al.* (2018), realizó un estudio en la ciudad de Santo Jacinto en el país de Ecuador de tipo descriptivo enfocado en adolescentes gestantes con la finalidad de encontrar los factores de característica materna influyentes en la amenaza de parto pretérmino, arrojó como resultado las edades con mayor frecuencia en adolescentes se encontraba entre los 17 a 19 años (65%), presentaban instrucción secundaria solo un 55%, y gestantes que residían en la zona rural un

80%. El 60% de las gestantes adolescentes que acudieron a 1 - 4 de sus controles pre natales. El RPM se presentó como el factor de riesgo en un 50% de las adolescentes. <sup>(10)</sup>

- Aleman *et al* (2015), realizó un estudio en el Hospital Berta Calderón en Nicaragua, de tipo analítico, casos y controles que tuvo como finalidad el hallar los factores de riesgos involucrados en los partos pretérminos. Se encontró como factores que predisponen al parto pretérmino mujeres que presentar actividad laboral, antecedentes patológicos familiares y personales, además que presentan un incremento de masa corporal inadecuado, así como CPN inadecuados, síndrome hipertensivo gestacional y las ITU. Concluyó el estudio que diversos factores de riesgo presentes en dicho estudio pueden ser prevenidos. <sup>(11)</sup>
- Escobar *et al.* (2017), se elaboró un estudio en la ciudad de México, fue un estudio de tipo casos y controles, analítico, tipo observacional y retrospectivo, presentando una muestra poblacional de 688 mujeres, el estudio pretendía hallar los factores asociados a los partos pretérminos. Se concluyó que los factores de riesgo asociados y encontrados en el estudio fueron: placenta previa (RM=10.2), anteriormente presentaron parto pretérmino (RM=10.2); si tuvo preeclampsia (RM = 6.38); si tuvo embarazo gemelar (RM=5.8); si tuvo oligohidramnios (RM=5.8); cervicovaginitis (RM=3); ITU (RM= 1.5). <sup>(12)</sup>

## **2.2. Bases teóricas**

### **TRABAJO DE PARTE PRETÉRMINO**

Se define el trabajo de parto pretérmino como aquellas contracciones uterinas que son específicamente de manera regular y son presentes antes de la semana 37 de la gestante. Estas contracciones uterinas producirán como consecuencia cambios a nivel del cuello uterino, los cambios que se realizarán son el borramiento, es decir el adelgazamiento o también dicho acortamiento del cuello uterino; y la dilatación, es decir la apertura del cuello uterino para el pase del feto por el canal del parto. Las contracciones uterinas de manera regular producen el parto durante las semanas 20 a 36 6/7 de embarazo se denomina parto prematuro.<sup>(13)</sup>

#### **Riesgo para la salud de un parto pretérmino**

En un parto prematuro los recién nacidos pueden no haber desarrollado completamente, y nacer con graves complicaciones de salud, por lo tanto, es una situación muy preocupante. Algunas de estas complicaciones como parálisis cerebral podrían durar toda la vida. Otras complicaciones como problemas de aprendizaje se presentan posteriormente en la niñez o en la adultez. Existe mayor probabilidad de complicaciones de salud en los bebés que nacen antes de las 34 semanas. Saber la existencia de factores de riesgo para parto prematuro es muy importante, lograr reconocer los síntomas y las señales de trabajo de parto prematuro y recibir atención médica oportuna desde un principio. El trabajo de parto prematuro puede autolimitarse o también pueden usarse la administración de tratamientos que pueden alargar el parto y por lo tanto disminuir las posibles complicaciones para el recién.<sup>(13)</sup>

## **Epidemiología de parto pretérmino**

Se calcula que por año nacen a nivel mundial 15 millones de niños con prematuridad (antes de la semana 37). Las consecuencias asociadas a la prematuridad, causa más relevante de defunción en aquellos menores de 5 años, provocaron aproximadamente un millón de fallecimientos en el año 2015. Tres cuartas partes de los fallecimientos podrían ser evitados con muchas de las intervenciones de la actualidad.

El 60% de los nacimientos prematuros ocurren en Asia meridional y África, sin embargo, constituye un verdadero problema en el mundo. En aquellos países de bajos ingresos, aproximadamente el 12% nace antes de tiempo, en comparación al 9% de los países de buena economía. Las familias de condición económica muy baja tienen más riesgo de presentar parto prematuro.<sup>(14)</sup>

## **Factores de riesgo**

Algunas mujeres tienen mayor predisposición de presentar parto prematuro que otras. Corren con mayor posibilidad de parto prematuro aquellas que han tenido parto prematuro anterior. Tienen riesgo elevado las mujeres que poseen cuello uterino de longitud corta. Existen otros factores que también están asociados como son complicaciones médico obstétricas y ginecológicas previas, complicaciones que se presentan durante la gestación actual y factores que tienen relación con el estilo de vida.<sup>(13)</sup>

## **Diagnóstico**

Los síntomas y signos que se presentan tempranamente en parto pretérmino son: dolor en región lumbar baja y constante, flujo de contenido hemático, contracciones uterinas de leve intensidad a intervalos que son irregulares. Sin embargo, dichos síntomas y signos no son específicos y muchas veces aparecen cuando el embarazo llega a su término.

El diagnóstico es teóricamente simple, pues se trata de reconocer contracciones uterinas de intensidad suficiente y frecuencia capaz de provocar dilatación y borramiento del cérvix entre la semana 20 y 36 6/7 de edad gestacional. Inicialmente, se enfocaron en signos y síntomas específicos en mujeres con PP y fueron incluidas contracciones uterinas de forma persistente (4 contracciones producidas en 20 minutos u 8 contracciones producidas en 60 minutos), reportando la presencia de cambios a nivel cervical como por ejemplo el borramiento cervical en 80% o la dilatación de más de 2 cm.

El motivo más frecuente de hospitalización en gestantes se encontró que es el PP, esto es debido a las manifestaciones de contracciones uterinas usadas como criterio para el diagnóstico. Sin embargo, el detectar a las mujeres que presentan contracciones uterinas de manera anticipada que traigan como consecuencia un parto pretérmino es impreciso. En una revisión, cerca del 30% de los trabajos de parto pretérmino lograron resolverse de forma espontánea. Muchos investigadores han intentado, no obstante, no han sido capaces de reconocer el punto de la intensidad de las contracciones que detecte a aquellas mujeres propensas a tener parto prematuro.



El examen digital del cérvix tiene una reproductibilidad limitada para los examinadores, sobre todo si las alteraciones no son pronunciadas. <sup>(15)</sup>

### **Tratamiento**

Las características para poder empezar a brindar tratamiento, está relacionada con la disposición de resolución de manejo neonatal:

Real APP: Existen pacientes que manifiestan dinámica uterina, pero sin presentar relevantes alteraciones a nivel cervical, las cuales van a necesitar ser observadas y posteriormente revaluadas por si incrementan los cambios a nivel cervical. Si existe duda con respecto al diagnóstico, aquellas alteraciones cervicales como la longitud pueden ser determinadas por ecografía transvaginal, también puede realizarse el test de fibronectina para determinar el inicio de tocólisis.

Edad gestacional. Lo que se busca con tocolíticos es que la gestación se prolongue, además se debe realizar maduración pulmonar con corticoides. La tocólisis debe aplicarse de 24 a la 34 6/7 de sg y en algunos casos puede darse desde la 23. <sup>(16)</sup>

### **Manejo del parto pretérmino**

La frecuencia en las en los últimos años de parto pretérmino se ha mantenido sin grandes modificaciones, a pesar de la presencia actual de nuevos agentes tocolíticos. <sup>(15)</sup>

El manejo con los años se ha dividido en medidas generales, aplicación de esteroides, tocolíticos y antibióticos. <sup>(15)</sup>

## **Medidas generales**

La hidratación y el descanso en cama al parecer no han mejorado la frecuencia de parto pretérmino, por lo que no se recomienda de forma rutinaria.

## **Tocolíticos**

Han sido descritos muchos medicamentos los cuales se enfocan en la detención de la actividad uterina para poder disminuir la morbilidad perinatal relacionada a la prematuridad severa. Para considerar el mejor tocolítico deben reconocerse los beneficios, costo de colocación, acceso de uso, efectos secundarios posibilidad y disponibilidad de transporte a un hospital de tercer nivel.

Basadas en evidencia científica y consistente, tenemos las siguientes recomendaciones:

- a) No está definida los tocolíticos para el manejo con uso de primera línea en PP, las condiciones clínicas, en cuanto a la experiencia y preferencia del médico dirigirán el tratamiento. En la revisión de las guías clínicas, los tocolíticos que se mencionan, tienen menos efectos colaterales materno y fetales, los cuales son: bloqueadores de los canales de calcio (nifedipino), medicamentos que logran inhibir los receptores de oxitocina (atosigan), los que inhiben la síntesis de prostaglandinas (Indometacina); es aconsejable no darles uso después de las 32 semanas ni exceder las 48 horas. Sin embargo, no se ha descartado la opción de las betas agonistas, a excepción de la Ritodrina.<sup>(15)</sup>

- b) Los agentes tocolíticos pueden lograr alargar el tiempo de embarazo de 2 a 7 días, lo cual determina un tiempo que se requiere para la adecuada aplicación de la terapia esteroidea con la finalidad de madurez pulmonar y el posible traslado de la paciente a un 3er nivel de atención.
- c) El seguir con tratamiento de agentes tocolíticos y volver a usar tocólisis aguda no han logrado demostrar mejorías en el resultado perinatal. Motivo por el cual ninguna de estas acciones debe llevarse como práctica general.
- d) Los antibióticos parecen alargar la gestación, los cuales deben ser reservados como profilaxis del EGB en embarazadas donde el parto es inminente. Las contraindicaciones que existen de modo general para la utilización de tocolíticos son: desprendimiento prematuro de placenta, preeclampsia severa, amnioititis, anomalías cromosómicas letales, malformaciones congénitas; muerte fetal, evidencia de compromiso fetal, dilatación cervical avanzada y RCIU severo.

La utilización de esteroides debe realizarse siempre que se dé inicio a PP y debe aplicarse con el objetivo de disminuir la frecuencia y complicación del síndrome de dificultad respiratoria y aumentar la calidad de manejo en una UCI neonatales. Debe darse un solo ciclo, ya que se ha observado que la aplicación de esquemas múltiples no brinda beneficio y podrían provocar efectos secundarios en el neonato.

Este esquema debe ser aplicado entre las 24 a 34 semanas, los esteroides que demuestran beneficio y que no presentan estudios que

evidencien diferencias en su efecto protector entre ambos, estos son: Betametasona aplicada en dos dosis de 12 mg cada 24 horas IM y Dexametasona aplicada en cuatro dosis de 6 mg cada 12 horas IM. <sup>(15)</sup>

### **Antibióticos**

Su uso es controversial; si el PP está asociado con RPM, sí está indicado, de no ser este el caso, su uso está limitado a: cultivos positivos (vaginal y urinario), biometría hemática alterada, y sobre todo la presencia de EGB. Los antibióticos no deben ser usados con la intención de alargar el embarazo, sino de manera profiláctica en pacientes con EGB. <sup>(15)</sup>

### **INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO**

Definido como la multiplicación y colonización de gérmenes, en su mayoría bacterias, que infectan en el tracto urinario, estas pueden provocar síntomas o no. Si logra alcanzar y afectar a la pelvis renal y al riñón se le llama pielonefritis, si la infección alcanza a la vejiga se le denomina cistitis, si afecta a la uretra se le denomina uretritis, por último, si la infección alcanza a la próstata se denomina prostatitis. <sup>(17)</sup>

### **Epidemiología**

La ITU es un problema de mucha importancia en la salud debido a que cada año afecta a millones de personas. Forma parte de las infecciones que se dan con mayor frecuencia en el ser humano, ocupando el segundo lugar después de las infecciones del tracto respiratorio. <sup>(18)</sup>

Es muy frecuente en mujeres, más del 50% ha presentado al menos un episodio en su vida, sobre todo en el embarazo. En cuanto a la frecuencia entre mujeres y hombres la proporción es de 30:1. A pesar de ello, mientras más envejece el hombre, la proporción de la frecuencia se iguala. En cuanto a las infecciones bacterianas en los adultos mayores, la ITU es la más común, y es la causa más frecuente de bacteriemias. <sup>(18)</sup>

### **Patogenia**

La forma en que invaden los microorganismos es mediante el ingreso y ascenso por la uretra. Mayormente estos microorganismos, sobre todo la *Escherichia coli* corresponden a la flora proveniente del recto, pero pueden llegar a la zona perineal y el introito. Las características que incrementan la posibilidad de colonización son los factores como la virulencia bacteriana, las fimbrias tienen la capacidad de adherirse a las mucosas. La adhesión es facilitada por ciertas características genéticas que están manifestadas en el epitelio de la mujer.

La disminución de estrógeno puede modificar el trofismo genital, la flora, además de aumentar la colonización de bacterias. Las características que podrían asociarse a un incremento de la incidencia de ITU en la mujer con respecto al hombre, son: distancia más corta entre el ano y meato urinario, longitud más corta de la uretra, la región periuretral más seca en el hombre y la acción antibacteriana del flujo prostático. El masaje uretral que sucede durante la copulación en las mujeres, incrementa el ingreso bacteriano.<sup>(19)</sup>

El sistema urinario sano actúa ante la infección como un mecanismo de defensa, debido a que existen propiedades antibacterianas propias de la

orina, la cual puede diluir y eliminar bacterias que hayan logrado su ingreso. Las alteraciones en la función del sistema urinario como sucede en la presencia de cálculos, obstrucción, cuerpos extraños o reflujo vesicoureteral pueden aumentar la infección. <sup>(19)</sup>

Los episodios no complicados de ITU como el caso de la cistitis aguda no complicada son provocados por *E. coli* del 75% al 95%. Los cuadros clínicos restantes son provocados por *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Saprophyticus*, *Staphylococcus*, enterococos, etc. La mayoría pertenecen a la flora intestinal. El agente etiológico en pielonefritis no complicada suele ser el mismo que provoca cistitis no complicada. El agente más frecuente de la pielonefritis no complicada con un 80% es la *E. coli*. <sup>(20)</sup>

## **Manifestaciones clínicas**

### **Bacteriuria asintomática**

Cuando se hayan más de 100.000 UFC/ml por lo menos dos veces en los cultivos, se considera importante, y si el paciente no presenta síntomas ya nos referimos a una bacteriuria asintomática. En muchos casos puede haber un sobrediagnóstico hasta en un 10% debido a que se suele tomar en cuenta solo un cultivo positivo. <sup>(21)</sup>

Esto se da mayormente en los extremos de la vida. Ambulatoriamente suele hallarse en un 18% en mujeres y un 6% en hombres. En hospitalizados puede alcanzar un 32%, en gestantes de 4 a 7%. El grupo con mayor incidencia de bacteriuria asintomática son aquellos pacientes que poseen sondaje vesical permanente, a veces hasta en un 100%. <sup>(21)</sup>

En los adultos y ancianos no suele traer mayor complicación, pero en los niños es mejor poner más enfoque debido a que puede asociarse a complicaciones por alteraciones en el organismo. En la gestante se debe recibir tratamiento debido a que un 30% pueden complicarse con pielonefritis. <sup>(21)</sup>

### **Síndrome miccional**

La presentación clínica clásica consiste en tres síntomas: urgencia miccional, disuria y polaquiuria.

### **Cistitis aguda bacteriana**

Es la presencia de bacteriuria entre 100 a 100.000 UFC/ ml acompañada de los síntomas que conforman el síndrome miccional. En mujeres su incidencia puede alcanzar el 25% durante el periodo de un año, y la presencia de síntomas del síndrome miccional que se dan de forma intensa y repentina. También es común la presencia de hematuria micro y macroscópica. Pocas veces se presentan síntomas generales y fiebre. La manifestación en niños puede ser la enuresis. Los microorganismos hallados en a cistitis, mayormente son la *E. coli* y *S. saprophyticus*. En el examen analítico se halla bacteriuria, en sedimento urinario se halla piuria, no se evidencia leucocitosis en el examen hematológico. <sup>(21)</sup>

### **Cistitis aguda bacteriana (síndrome uretral agudo)**

Consiste en bacteriuria de menos de 100 UFC/ml, un 30% a 50% se encuentra asociado a los síntomas del síndrome miccional. Se presenta mayormente de forma insidiosa. A veces puede manifestarse con leucorrea. Entre los microorganismos que se presentan más frecuentes tenemos a la *C. Trachomanits* y a bacterias coliformes. Lo que más se

haya en el sedimento urinario es la piuria, y muy pocas se encuentra hematuria. <sup>(21)</sup>

### **Vaginitis**

Está conformada por dispareunia, disuria externa, leucorrea y prurito en región vulvar. En el análisis de sedimento urinario puede hallarse bacteriuria con menos de 100 UFC/l y pocas veces hay presencia de hematuria o piuria. Mayormente es consecuencia de infecciones por *Candida spp.* y *T. vaginalis*. <sup>(21)</sup>

### **Pielonefritis bacteriana aguda**

Es una forma grave, en donde la infección alcanza el parénquima renal y el sistema colector. En el cuadro clínico se encuentran los síntomas que conforman el síndrome miccional asociados a escalofríos, fiebre alta, taquicardia y vómitos. En el examen físico se presenta dolor a nivel de fosas renales que puede incrementarse con puño-percusión y aumento de la sensibilidad a nivel abdominal. Pueden darse casos en los que la presentación clínica no se da de forma típica ni el examen físico es típico. En el adulto mayor se manifiesta mayormente con deterioro del estado general o incontinencia urinaria. <sup>(21)</sup>

Es más frecuente en mujeres como consecuencia del ascenso de bacterias que vienen del tracto urinario inferior. Por este motivo suelen ser las bacterias que provocan cistitis, mayormente la *E. coli*. <sup>(21)</sup>

Existe leucocitosis en el hemograma. Se haya piuria, bacteriuria y cilindros leucocitarios en las pruebas de sedimento. <sup>(21)</sup>



Un 20% de los cultivos pueden presentar menos de 100.000 UFC/ml. Existe un riesgo del 30% de llegar a bacteriemia. <sup>(21)</sup>

### **Prostatitis**

Conforma la forma más común de infección urinaria en los hombres con edades de 20 a 40 años. Suele ser el origen más frecuente por lo que se presentan los síntomas típicos del síndrome miccional en hombres que abarcan este grupo etario. <sup>(21)</sup>

Además de presentar el síndrome miccional, también está asociada la fiebre. Es frecuente que el paciente manifieste dolor intenso a nivel de hipogastrio y a nivel de la región perineal. Al examen físico, al hacer el tacto rectal se encuentra a la próstata aumentada de tamaño y caliente. No se recomienda realizar masaje prostático por incrementar el riesgo de bacteriuria. <sup>(21)</sup>

Existen casos en los que la prostatitis puede progresar de forma crónica, y presentar infección recurrente vesical. <sup>(21)</sup>

Los microorganismos que se encuentran involucrados mayormente son la *E. coli*, *Enterobacter*, *Klebsiella*, *Pseudomona* y *Proteus*. <sup>(21)</sup>

### **Epididimitis**

Consiste en la presentación del cuadro clínico del síndrome miccional, dolor en el escroto correspondiente, dolor y aumento de tamaño. Además, puede aparecer inflamación en la pared del escroto. <sup>(21)</sup>

La causa más frecuente es la *Chlamydia trachomatis* en el varón con menos de 40 años de edad, con un 80% aproximadamente. Para los varones que tienen más de 50 años, la causa más frecuente es la E. Coli y las enterobacterias. <sup>(21)</sup>

## **Uretritis**

La uretritis gonocócica, es una infección transmitida por contacto sexual, provocado por *Neisseria gonorrhoeae*. En cuanto a la sintomatología, aproximadamente el 90% presenta exudado uretral purulento, disuria e intenso prurito meatal, algunos pacientes cursan asintomáticos. Presenta un tiempo de incubación de 3 a 5 días. <sup>(21)</sup>

La pielonefritis conforma la presentación más seria del tracto urinario.

En la uretritis no gonocócica, los microorganismos que se presentan de forma más habitual son la *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis* y *Ureaplasma urealyticum*. El cuadro clínico es menos severo comparado con la uretritis gonocócica. <sup>(21)</sup>

## **Diagnóstico**

### **Bacteriuria sintomática**

Se debe presentar cualquiera de los siguientes criterios:

1. Manifestaciones clínicas como tenesmo, polaquiuria, dolor en región suprapúbica, tenesmo, disuria, fiebre (más de 38°C) y urocultivo mayor o igual de  $10^5$  UFC/ml con dos o menos especies de microorganismos. <sup>(22)</sup>

2 Manifestaciones clínicas como polaquiuria, tenesmo, disuria o dolor suprapúbico, fiebre además de cualquiera de lo siguiente:<sup>(22)</sup>

- Leucocito-estearasa positivo.
- Mayor a 10 leucocitos/mL.
- Visualización de microorganismos al aplicar la tinción de Gram.
- Presencia de urocultivos con  $> 10^3$  UFC/mL del mismo germen.
- Más de  $10^5$  UFC/mL detectados en orina que correspondan a un patógeno en persona que haya recibido tratamiento antibiótico.

### **Bacteriuria asintomática**

No presenta síntomas y se haya más de  $10^5$  UFC/ml dos o una especie de microorganismos. <sup>(22)</sup>

### **Tratamiento**

En la ITU el tratamiento va a estar ligado a si es complicada o de no complicada por lo que hay que notar las características asociadas. En su manejo es significativo que se dé inicio empírico hasta poder obtener el resultado del urocultivo y también del antibiograma para poder el antibiótico adecuado que actuará sobre el agente causal. La finalidad de los tratamientos es una respuesta rápida ante los síntomas, evitar recurrencia del cuadro clínico y resistencia bacteriana ante los antibióticos. <sup>(18)</sup>

Seleccionar un antibiótico está ligado a su capacidad para alcanzar alta eficacia antimicrobiana. En cuanto a ITU lo significativo del antibiótico es el poder de concentración en el parénquima renal, que alcance la parte de mayor profundidad en la vejiga, y en la próstata. Es por eso que la eficacia y concentración del antibiótico en la orina es determinante en la decisión de su uso como tratamiento.

La utilidad de un beta-lactámico va a asociarse al tiempo en que su concentración se mantiene por encima de la concentración inhibitoria mínima (CIM), debido a esto, si el tiempo de concentración es mayor que la CIM, se obtendrá un mejor resultado el tratamiento antimicrobiano. Es por eso que no siempre puede conseguirse un buen efecto del beta-lactámico por darse de forma adecuada, como cuando se receta con largos intervalos o con dosis de baja concentración. También tenemos antibióticos que van a estar ligados a los picos de concentración respecto a la CIM, entre estos están las quinolonas y aminoglucósidos, donde su eficacia va a depender de las dosis en los picos de concentración, además de no depender tanto del tiempo en que se mantiene la concentración. <sup>(18)</sup>

En la ITU no complicada habitualmente se da uso a trimetopim - sulfametoxazol, pero recientemente se sabe que no tiene tanta eficacia. Por eso mayormente suelen usar la macrodantina, cefalosporinas de 1era y 2da generación, amoxicilina- ac. Clavulánico y las quinolonas. La bacteriuria asintomática tiene que recibir tratamiento cuando se trata de pacientes con alguna intervención urológica o con trasplante renal de antecedente, en caso de pacientes con inmunosupresión; o pacientes que poseen alteraciones urológicas, si se trata de una bacteriuria persistente post retiro de sonda vesical. Si se trata de una infección causada por

*Proteus spp.* o si es en pacientes que presentan diabetes, a veces se les da tratamiento. En mujeres embarazadas podrías existir beneficios debido a que entre 2% al 10% pueden presentar complicaciones por ITU, y pueden presentar pielonefritis entre un 25% al 30%. <sup>(18)</sup>

En pielonefritis no complicada, se puede brindar terapia vía oral si los pacientes no presentan comorbilidades o si los síntomas no son graves, siempre y cuando sean capaces de tolerar la vía oral. En cuanto a los antibióticos usados contra la E. coli, debido a que vienen presentando resistencia, ya no debe darse su uso empírico como es el caso de la amoxicilina, ampicilina, las cefalosporinas de 1era y 2da generación en la pielonefritis. En estas situaciones, se dan de elección las fluoroquinolonas debido a su eficacia en ITU complicada y no complicada; las de uso más frecuente son norfloxacin y ciprofloxacino. <sup>(18)</sup>

### **2.3. Marco conceptual**

**Paridad:** Lo conforma el número de veces que una mujer ha tenido un parto, ya sea por vía vaginal o cesárea, sin considerar abortos.

**Controles prenatales:** Es la evaluación periódica de la gestante para asegurar el bienestar materno y fetal.

**Edad gestacional:** Es el tiempo establecido en semanas dentro de la gestación.

**Amenaza de parto pretérmino:** Es la manifestación de contracciones uterinas y cambios cervicales, los cuales se presentan desde las 20 hasta antes de las 37 semanas.

**Infección del tracto urinario:** Para asegurar su diagnóstico se necesita la presencia de un urocultivo con bacterias en más de 100.000 UFC/ml y puede estar asociado o no a síntomas.

## **2.4. Hipótesis**

### **2.4.1. Hipótesis general**

**H1:** La infección del tracto urinario está asociada a la amenaza de parto pretérmino en el Hospital de Ventanilla año 2019.

**H0:** La infección del tracto urinario no está asociada a la amenaza de parto pretérmino en el Hospital de Ventanilla año 2019.

## **2.5. Variables**

### **Variable dependiente**

- Amenaza de parto pretérmino

### **Variable independiente**

- Infección del tracto urinario
- Paridad
- Edad gestacional
- Controles prenatales

## **2.6. Definición operacional de términos**

- **Paridad:** Es el número de gestaciones cuando se da el alumbramiento posterior a las 20 semanas con un RN con un peso mayor de 500 gramos. Si no ha tenido parto se denomina nulípara; si el recién nacido es producto de una primera gestación, se le

denomina primigesta; y si el recién nacido es producto de un segundo o posterior embarazo se le denomina multigesta.

- **Controles prenatales:** Conjunto de acciones y procedimientos periódicos realizados para una adecuada intervención en cuanto a la parte preventiva, de diagnóstico y de tratamiento en aquellos hechos pueden influir en la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Cada paciente debe tener mínimo 6 controles prenatales para poder considerarlo como completo.
- **Edad gestacional:** Periodo de tiempo en una gestante que comprende desde el primer día de la última menstruación hasta un momento determinado dentro de la gestación o hasta el nacimiento.
- **Amenaza de parto pretérmino:** Aparición de contracciones uterinas asociada a una frecuencia de 1 en 10 minutos, con una duración a la palpación de 30 segundos, por un intervalo no menor de 60 minutos, borramiento cervical del 50% o menos y dilatación menor o igual a 3 cm, a partir de las 20 y 36 6/7 semanas de gestación.
- **Infección del tracto urinario:** Es la multiplicación y colonización microbiana, mayormente bacteriana, en el trayecto del tracto urinario. La cual se debe presentar en el urocultivo con más de 100.000 UFC asociado a sintomatología urinaria o no.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.1. Diseño metodológico**

Se elaboró un estudio de casos y controles

#### **3.1.1 Tipo de investigación**

El estudio por el número de variables es analítico.

El estudio por el número de mediciones es transversal.

El estudio por el periodo en que es captada la información es retrospectivo. El estudio debido a la intervención del investigador en el control de la variable es observacional.

#### **3.1.2 Nivel de la investigación**

Es correlacional porque determina la asociación entre infección del tracto urinario con amenaza de parto pretérmino.

### **3.2. Población y muestra**

#### **Población**

Pacientes de 20 a 36.6 semanas de edad gestacional en el Hospital de Ventanilla año 2019. N=1032.

#### **CASOS**

Criterios de elegibilidad:

Criterios de inclusión:



- Pacientes con amenaza de parto pretérmino expuesta y no expuesta a infección del tracto urinario atendidas en el servicio de ginecología del Hospital de Ventanilla año 2019.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas con falta de datos necesarios para la realización del estudio.

## **CONTROLES**

Criterios de elegibilidad:

Criterios de inclusión:

- Pacientes con edad gestacional de 20 a 36 6/7 semanas expuestas y no expuestas a infección del tracto urinario en el servicio de ginecología del Hospital de Ventanilla año 2019.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas de gestantes con falta de datos necesarios para el estudio.

## **Muestra**

Debido al diseño de estudio y a los antecedentes bibliográficos realizado por Huamán *et al.* (2017), se realizará un tamaño de muestra con un OR: 2.591, controles expuestos: 50%, riesgo alfa: 5%, poder: 90%.

Tamaño de muestra estimado: Número de casos: 100, Número de controles: 100.

## **MUESTREO**

Muestreo aleatorizado

### **3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Se elaboró una ficha de recolección de datos para poder adquirir la información necesaria sobre gestantes incluidas en el presente estudio, validada por juicio de expertos y estadísticamente en el Hospital de Ventanilla año 2019.

### **3.4. Diseño de recolección de datos**

Se solicitó un listado de pacientes con edad gestacional de 20 a 36 6/7 semanas del servicio de ginecología del Hospital de Ventanilla, luego se pasó a solicitar las historias clínicas en el departamento de archivos, y posteriormente el llenado de ficha de recolección de datos. Con esta ficha se elaboró una base de datos en Excel, la cual fue importada al software estadístico SPSS donde se realizaron los análisis estadísticos.

### **3.5. Procesamiento y análisis de datos**

Se presentarán estadísticas descriptivas. Para variables cualitativas como infección del tracto urinario y amenaza de parto pretérmino. Se presentarán distribución por frecuencias y porcentajes.

Para las variables cualitativas como paridad, edad gestacional y controles prenatales se calcularán medidas de tendencia central media, mediana y para medidas de dispersión (desviación estándar).

Para determinar si la infección del tacto urinario está asociada a la amenaza de parto pretérmino se utilizará la prueba chi-cuadrado o de fisher.

Para determinar si los antecedentes obstétricos como paridad y edad gestacional están asociados a la amenaza de parto pretérmino se utilizará la prueba de chi-cuadrado tend o mann whitney.

Para determinar si el antecedente obstétrico de controles prenatales está asociado a la amenaza de parto pretérmino se utilizará la prueba chi cuadrado o de Fisher. Posteriormente se estimarán los OR

### **3.6. Aspectos éticos**

En este trabajo se mantendrá la confidencialidad de la información de las Historias clínicas, mediante el anonimato en la ficha de recolección de datos, asegurando la integridad del paciente. Además, se contará con el permiso del Hospital para poder acceder a dicha información. Así mismo, no hay algún tipo de forma de práctica discriminatoria tanto en la planificación, permiso y selección de los pacientes a ser estudiados. La información que se obtendrá de esto también cuenta con el compromiso de la plena protección y no divulgación de la información que atente la privacidad y condición digna de la persona. Para poder ser ejecutada esta investigación se contará con la aprobación del comité de ética de la Universidad Privada San Juan Bautista.

## CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### 4.1. Resultados

**TABLA N°1**  
**CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES QUE PRESENTARON O NO**  
**AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL DE**  
**VENTANILLA AÑO 2019**

Características	Amenaza de parto pretérmino			
	Casos (sí)		Controles (no)	
	N	%	N	%
<b>Edad</b>				
Promedio ( $\pm$ DE)	25,16	$\pm$ 6.28	24.94	$\pm$ 6.03
Mediana (rango)	23,5	(15 - 39)	24	(24 - 38)
<b>ITU</b>				
Sí	59	59%	36	36%
No	41	41%	64	64%
<b>Paridad</b>				
Multigesta	66	66%	42	42%
Primigesta	34	34%	58	58%
<b>Controles prenatales</b>				
Completo	32	32%	71	71%
Incompleto	68	68%	29	29%
<b>Edad gestacional</b>				
$\geq$ 20 - < 28 semanas	66	66%	69	69%
$\geq$ 28 - < 37 semanas	34	34%	31	31%

Fuente: *Ficha de recolección de datos*

**Interpretación:** La edad promedio de las pacientes con amenaza de parto pretérmino (APP) fue de 25.16 (DE  $\pm$  6.28) y la edad promedio de las pacientes sin APP fue de 24.94 (DE  $\pm$  6.03).

En la variable ITU se obtuvo que de las pacientes con APP (casos) el 59% presentó ITU y el 41% no presentó ITU. Paralelamente se obtuvo que de las pacientes sin APP (controles) el 36% presentó ITU y el 64% no presentó ITU.

En la variable paridad se obtuvo que de las pacientes con amenaza de parto pretérmino (casos) el 66% eran multigestas, el 34% primigestas. Paralelamente se obtuvo que de las pacientes sin APP (controles) el 42% eran multigestas, el 58% eran primigestas.

En la variable de controles prenatales se obtuvo que de las pacientes con APP (casos) el 32% tuvo controles prenatales completos y el 68% incompletos. Paralelamente se obtuvo que de las pacientes sin APP (controles) el 71% tuvo controles prenatales completos y el 29% tuvo controles prenatales incompletos.

En la variable de edad gestacional se obtuvo que de las pacientes con APP (casos) el 66% tuvieron entre 20 a menos de 28 semanas, el 34% tuvieron entre 28 a menos de 37 semanas de gestación. Paralelamente se obtuvo que de las pacientes sin APP (controles) el 69% tuvieron entre 20 a menos de 28 semanas, el 31% tuvieron entre 28 a menos de 37 semanas.

**TABLA N°2**  
**VARIABLES ASOCIADAS A AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN**  
**EL HOSPITAL DE VENTANILLA AÑO 2019**

Variables	Amenaza de parto pretérmino				P
	Casos (sí)		Controles (no)		
	n	%	n	%	
<b>ITU</b>					
Sí	59	59%	36	36%	<0,001
No	41	41%	64	64%	
<b>Paridad</b>					
Multigesta	66	66%	42	42%	<0,001
Primigesta	34	34%	58	58%	
<b>Controles prenatales</b>					
Completo	32	32%	71	71%	<0,001
Incompleto	68	68%	29	29%	
<b>Edad gestacional</b>					
≥20 - < 28 semanas	66	66%	69	69%	<0,651
≥28 - < 37 semanas	34	34%	31	31%	

*Fuente: Ficha de recolección de datos*

**Interpretación:** Usando la prueba chi-cuadrado con un nivel de significancia de 0.05, se tuvo como resultado que la variable ITU obtuvo un valor de  $p < 0,001$ , la variable de paridad obtuvo un valor de  $p < 0,001$ , la variable de controles prenatales obtuvo un valor de  $p < 0,001$  demostrando que si hay asociación estadísticamente significativa entre estas variables y APP en el Hospital de Ventanilla año 2019.

Usando la prueba de chi-cuadrado con un nivel de significancia de 0.05, se tuvo como resultado que la variable de edad gestacional obtuvo un valor de  $p = <0,651$ , demostrando que no hay asociación estadísticamente significativa entre edad gestacional y parto pretérmino en el Hospital de Ventanilla año 2019.

**TABLA N°3**

**RIESGO EN LAS PACIENTES PARA PRESENTAR AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA AÑO 2019**

VARIABLES	OR	IC 95%
<b>ITU</b>		
Sí	2,558	1,446 - 4,528
No	1	
<b>Paridad</b>		
Multigesta	2,681	1,511 - 4,757
Primigesta	1	
<b>Controles Prenatales</b>		
Completo	0,192	0,105 - 0,351
Incompleto	1	

*Fuente: Ficha de recolección de datos*

**Interpretación:** En la variable ITU aplicando la medida de asociación de OR, se encontró un valor de 2.558 con un intervalo de confianza de 95% entre 1.446 y 4.526. Con dicho resultado se puede considerar a la ITU como factor de riesgo para la aparición de parto pretérmino ya que el  $OR > 1$ .

En la variable paridad aplicando la medida de asociación de OR, se encontró un valor de 2.681 con un intervalo de confianza de 95% entre 1.511 y 4.757. Con dicho resultado se puede considerar a la paridad (multigesta) como factor de riesgo para la aparición de parto pretérmino ya que el  $OR > 1$ .

En la variable de controles prenatales aplicando la medida de asociación de OR, se encontró un valor de 0.192 con un intervalo de confianza de 95% entre 0.105 y 0.351. Con dicho resultado se puede considerar a los controles prenatales completos como factor de protector ya que el  $OR < 1$  por lo que poseen 80.8% menos probabilidades de presentar amenaza de parto pretérmino.

#### **4.2. Discusión**

En la tabla n° 1, se puede notar que las pacientes que presentaron APP, donde se observa que el 59% presentaron ITU. Con un nivel de significancia de  $p = 0,001$  se halló asociación. Los resultados de diversos trabajos de investigación como el realizado por Chira *et al* <sup>(3)</sup> demuestran que mayormente gestantes con APP presentan ITU.

En la tabla n° 2, las variables que corresponden a antecedentes obstétricos como controles prenatales donde se observa que en las pacientes que presentaron APP el 32% presentaron controles prenatales completos, el 68% controles prenatales incompletos. Con un  $p = 0,000$  se halló asociación significativa. Estos resultados demuestran coincidencia Huamán *et al*. En la variable paridad se visualiza que, de las pacientes con APP la mayoría eran multigestas conformado por el 66%. Los resultados coinciden con el trabajo de investigación realizado por Huamán *et al*. La variable de edad gestacional presentó  $p = 0,651$  por lo que no hay asociación significativa.



Los resultados también hacen referencia que la edad gestacional que mayor porcentaje presentó de parto pretérmino fue la comprendida entre los rangos de  $\geq 20$  semanas a  $<24$  semanas con un 66%. Estos resultados difieren con los obtenidos por Katherine Hinostroza Bocanegra, en el cual determinó que un 41,2% de que la gran parte de gestantes se encontraban dentro del rango de 30 a 33 semanas.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMEDACIONES**

### **5.1. Conclusiones**

- En este estudio se ha concluido que la ITU es un factor asociado a la aparición de parto pretérmino en el Hospital de Ventanilla en el año 2019.
- En este estudio se halló que la proporción de la infección del tracto urinario en gestantes con amenaza de parto pretérmino es de 59% en el Hospital de Ventanilla en el año 2019.
- En el presente estudio tenemos que la proporción de gestantes con ITU sin amenaza de parto pretérmino es de 36%% en el Hospital de Ventanilla en el año 2019.
- En cuanto a los antecedentes obstétricos mencionados en el presente trabajo podemos concluir que hay asociación entre paridad (multigesta), controles prenatales (incompletos) con APP, mientras que la edad gestacional no presentó asociación alguna con APP.

## **5.2. Recomendaciones**

- Concientizar a toda gestante que acuda al consultorio de ginecología y obstetricia la importancia de la realización de controles prenatales periódicos ya que podríamos evitar complicaciones durante el embarazo como son las infecciones urinarias y el parto pretérmino.
- En toda consulta gineco-obstétrica es importante poner mayor énfasis en las pacientes multigestas porque tienen más probabilidad de presentar parto pretérmino.
- Tratar de identificar a las gestantes con ITU para que aseguren que reciban tratamiento adecuado y así evitar complicaciones como amenaza de parto pretérmino.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pacheco-Romero J. Parto pretérmino, avances y retos. A manera de prólogo Preterm birth, progress and challenges. Prologue. Rev Peru Ginecol Obs [Internet]. 2018 [cited 2020 Jan 16];64(3):393. Available from: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2102>
2. López-López A, Castillo-Rienda A, López-Peña C, González-Andrades E, Espinosa-Barta P, Santiago-Suárez I. Incidente of urinary tract infection in pregnant women and its complications. Actual Medica. 2019 Apr 30;104(806):8–11.
3. Vista de factores de riesgo para parto pretermino en gestantes del hospital provincial docente belen de lambayeque [internet]. [cited 2020 jan 10]. available from: <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/201/222>
4. View of Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015 [Internet]. [cited 2020 Jan 10]. Available from: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/746/682>
5. Medicina Humana F DE, Regalado Zevallos DraNora Vite Juárez C. universidad privada antenor orrego "factores asociados a parto pre-termino en gestantes.
6. Castro EC. Perfil clínico de gestantes con amenaza de parto pretérmino que concluyen en parto pretérmino. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2017 Dec 15;6(2):18–21.
7. Infección del tracto urinario como factor de riesgo asociado al desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes que acuden al Hospital Nacional Hipólito Unánue, entre Julio y Setiembre del 2015 [Internet].

[cited 2020 Jan 12]. Available from:  
<http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/570?show=full>

8. Infección de vías urinarias en mujeres con amenaza de parto pretermino en el hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Ponton de Guayaquil en el periodo 2013 | recimundo [Internet]. [cited 2020 Jan 12]. Available from: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/420>
9. Rodríguez Márquez A, Hernández Barrio E, Reinante JV, Tamara Z, Montero M, Cabrera YH, et al. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Cienfuegos 2012 Risk factors associated with preterm delivery. Cienfuegos 2012 [Internet]. [cited 2020 Jan 13]. Available from: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4214>
10. Franco Coffre JA. Factores maternos que inciden en amenaza de parto pretérmino en adolescentes gestantes del cantón San Jacinto de Yaguachi. Enfermería Investig Investig Vinculación, Docencia y Gestión. 2018 Jul 4;3(2, Jun):79–84.
11. Aleman K, Dolmuz C. Principales factores de riesgo asociados a parto pretérmino de 28 a 36 6/7 SG, en pacientes atendidas en el Hospital Berta Calderón Roque, de julio 2014 a junio 2015 [ tesis doctoal ]. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Recinto Universitario Rubén Darío; 2015.
12. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención. [Internet]. [cited 2020 Jan 14]. Available from:<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?ldarticulo=73975>
13. Speroff L, Rebar RW. El ejercicio durante el embarazo; Hormone replacement therapy and your heart : what every woman should know. Am

Coll Obstet Gynecol PeerMed [Internet]. 2015 [cited 2020 Jan 13];29(3):639–54. Available from: <https://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/Los-quistes-ovaricos?IsMobileSet=false%0Ahttps://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/El-ejercicio-durante-el-embarazo%0Ahttp://www.acog.org/P>

14. Nacimientos prematuros [Internet]. [cited 2020 Jan 14]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
15. García A, Rosales S, Jimenez G, Diagnóstico y manejo del parto pretérmino. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, A.C.2010, 129 - 149.
16. Paucar G. Parto pretérmino y amenaza de parto pretérmino. Servicio de obstetricia y ginecologia parto pretermino y amenaza de parto pretérmino, 2012
17. Infecciones de tracto urinario | Nefrología al día [Internet]. [cited 2020 Jan 17]. Available from: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-infecciones-tracto-urinario-4>
18. Infección del tracto urinario y manejo antibiótico [Internet]. [cited 2020 Jan 17]. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172006000100006](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000100006)
19. Andrés Wurgaft K. Infecciones del tracto urinario. Rev Médica Clínica Las Condes. 2010 Jul;21(4):629–33.
20. LibroFinal [Internet]. [cited 2020 Jan 18]. Available from: [www.cedro.org](http://www.cedro.org)
21. Infecciones urinarias. Clínica, diagnóstico y tratamiento | Offarm [Internet].

[cited 2020 Jan 18]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-infecciones-urinarias-clinica-diagnostico-tratamiento-10022011>

22. Echevarría-Zarate J, Aguilar ES, Osoro-Plenge F. (No Title) [Internet]. [cited 2020 Jan 20]. Available from: <http://www.umm.edu/patiented/articles/>

**ANEXOS**




**ANEXO N°1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

<b>VARIABLE INDEPENDIENTE: INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO</b>			
<b>INDICADORES</b>	<b>N° DE ITEMS</b>	<b>NIVEL DE MEDICIÓN</b>	<b>INSTRUMENTO</b>
Infeción urinaria	Sí No	Cualitativa nominal	Ficha de recolección de datos
<b>VARIABLE DEPENDIENTE: AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO</b>			
PARIDAD	Primigesta Multigesta	Cualitativa ordinal	Ficha de recolección de datos

EDAD GESTACIONAL	$\geq 20$ a $< 28$ semanas $\geq 28$ a $< 37$ semanas	Cualitativa ordinal	Ficha de recolección de datos
CONTROLES PRENATALES	Incompleto: $< 6$ CPN Completo: 6 a más CPN	Cualitativa nominal	Ficha de recolección de datos

## ANEXO N°2: INSTRUMENTO

	<b>UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA</b>
---	--

**TÍTULO: INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ASOCIADO A AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA AÑO 2019**

**AUTOR(A): ABDALA CASTRO LUCERO**

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Ficha de recolección de datos N°\_FICHA: \_\_\_\_\_ N° DE HC: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

**AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO**

- Sí ( )
- NO ( )

**EDAD GESTACIONAL:**

- $\geq 20$  a  $< 28$  SEMANAS ( )
- $\geq 28$  a  $< 37$  SEMANAS ( )

**INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO**

- Sí ( )
- No ( )

**NÚMERO DE GESTACIONES (PARIDAD)**

- PRIMIGESTA ( )
- MULTIGESTA ( ) .....

**CONTROLES PRENATALES**

- INCOMPLETOS (MENOS DE 6 CPN) ( )
- COMPLETOS (6 O MAS CONTROLES) ( )

## ANEXO N°3: VALIDEZ DE INSTRUMENTOS - CONSULTA DE EXPERTOS

### Informe de Opinión de Experto

#### Informe de Opinión de Experto

##### I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Mg. Sara Aquino Dolorier  
 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente de la Universidad Privada San Juan Bautista.  
 1.3 Tipo de Experto: Estadístico  
 1.4 Nombre de instrumento: Infección del tracto urinario asociado a amenaza de parto pretérmino en el Hospital de Ventanilla año 2019  
 1.5 Autora del instrumento: Abdala Castro Lucero Guadalupe

##### II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					85%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					85%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre infección del tracto urinario asociado a amenaza de parto pretérmino.					85%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					85%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer los asociación de infección del tracto urinario con amenaza de parto pretérmino en el hospital de Ventanilla.					85%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					85%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					85%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítico, transversal, retrospectivo.					85%

##### III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... APLICABLE ..... (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

##### IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

85%

Lugar y Fecha: Lima, 23 de Enero del 2019

DIRIS - LIMA SUR  
CMI "MANUEL BARRETO"

Firma del Experto

D.N.I N° 07488007

Teléfono 99 308 3992

*SARA AQUINO DOLORIER*  
Responsable de Estadística Admisión

### Informe de Opinión de Experto

#### I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Dr. Pinto Oblitas Joseph  
 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente de la Universidad Privada San Juan Bautista.  
 1.3 Tipo de Experto: Asesor  
 1.4 Nombre de instrumento: Infección del tracto urinario asociado a amenaza de parto pretérmino en el Hospital de Ventanilla año 2019  
 1.5 Autora del instrumento: Abdala Castro Lucero Guadalupe

#### II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					X
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					X
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre infección del tracto urinario asociado a amenaza de parto pretérmino.					X
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					X
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					X
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer los asociación de infección del tracto urinario con amenaza de parto pretérmino en elhospital de Ventanilla.					X
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					X
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					X
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítico, transversal, retrospectivo.					X

#### III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

#### IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

95%

Lugar y Fecha: Lima, 23 de Enero del 2019

Firma del Experto

D.N.I Nº .....

Teléfono .....

*[Firma manuscrita]*  
 8055854  
 984322305

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: *Willy Quispe Muñoz*  
 1.2 Cargo e institución donde labora: *Gerente - Instituto Nacional de Salud*  
 1.3 Tipo de experto:  Metodista  Estadístico  Epidemiólogo  *Presencial*  
 1.4 Nombre del instrumento: *Ficha de recolección datos*  
 1.5 Autor (s) del instrumento: *Lucero Guadalupe Alcala Castro*

II. ASPECTOS DE VALORACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 33%	Regular 34 - 42%	Buena 43-60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje claro					95%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni sesos intencionales					95%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances de la ciencia sobre infección del tracto urinario asociado a amenaza de parto prematuro					95%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems					95%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en cantidad y calidad					95%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para evaluar la infección del tracto urinario asociado a amenaza de parto prematuro en el hospital de referencia					95%
CONDICENCIA	Basados en evidencias técnicas y científicas					95%
CONCORDANCIA	Entre los ítems e indicadores					95%
METODICIDAD	La estrategia responde al propósito de la investigación analítica (caso-control)					95%

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

*Apliable*

(Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN

*95%*

Lugar y Fecha: Lima *20* de *enero* de 200*9*

**MINISTERIO DE SALUD**  
**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD**  
 Gerente General  
*Willy Quispe Muñoz*

Firma del Experto Informante

DNI N° *48052519*

Teléfono: *98223007*

**ANEXO N°4: MATRIZ DE CONSISTENCIA**

<b>PROBLEMAS</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	<b>VARIABLES E INDICADORES</b>
<p align="center"><b>GENERAL</b></p> <p><b>PG:</b> ¿La infección del tracto urinario está asociada a la amenaza de parto pretérmino en el Hospital de Ventanilla año 219?</p>	<p align="center"><b>GENERAL</b></p> <p><b>OG:</b> Determinar si la infección del tracto urinario está asociado a la amenaza de parto pretérmino en el Hospital de Ventanilla año 2019.</p>	<p align="center"><b>GENERAL</b></p> <p><b>HG:</b> La infección del tracto urinario está asociada a la amenaza de parto pretérmino en el Hospital de Ventanilla año 2019.</p>	<p align="center"><b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b></p> <p>Infección del tracto urinario</p> <p><b>Indicadores</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sí</li> <li>- No</li> </ul>
<p align="center"><b>ESPECÍFICOS</b></p> <p><b>PE1:</b> - ¿Cuál es la proporción de gestantes con amenaza de parto pretérmino en el Hospital de Ventanilla año 2019?</p> <p><b>PE2:</b> - ¿Cuál es la proporción de infección del tracto urinario en gestantes con amenaza de parto pretérmino en el Hospital de Ventanilla año 2019?</p>	<p align="center"><b>ESPECÍFICOS</b></p> <p><b>OE1:</b> - Determinar la proporción de gestantes con infección del tracto urinario con amenaza de parto pretérmino en el Hospital de Ventanilla año 2019.</p> <p><b>OE2:</b> - Determinar la proporción de infección del tracto urinario en gestantes sin amenaza de parto pretérmino en el Hospital de Ventanilla año 2019.</p>		<p align="center"><b>VARIABLE DEPENDIENTE</b></p> <p>Amenaza de parto pretérmino</p> <p><b>Indicadores</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sí</li> <li>- No</li> </ul>

<p><b>PE3:</b> - ¿Cuál es la asociación y proporción de antecedentes obstétricos como controles prenatales, edad gestacional y paridad en pacientes con amenaza de parto pretérmino que presentaron o no infección del tracto urinario en el Hospital de Ventanilla año 2019?</p>	<p><b>OE3:</b> - Identificar la asociación y proporción de antecedentes obstétricos como controles prenatales, edad gestacional y paridad en pacientes con amenaza de parto pretérmino que presentaron o no infección del tracto urinario en el Hospital de Ventanilla año 2019?</p>			
<b>DISEÑO METODOLÓGICO</b>		<b>POBLACIÓN Y MUESTRA</b>		<b>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS</b>
<p>Nivel: Observacional  Tipo de Investigación: Analítico  Diseño: Casos y controles, transversal, retrospectivo y cuantitativo</p>		<p><b>POBLACIÓN:</b> Pacientes de 20 a 36 6/7 semanas de edad gestacional en el Hospital de Ventanilla año 2019. N=1032</p> <p><b>CASOS:</b>  <b>Criterios de inclusión:</b>  Pacientes con amenaza de parto pretérmino expuestas y no expuestas a infección del tracto urinario atendidas en el servicio de ginecología del Hospital de Ventanilla año 2019.  <b>Criterios de exclusión:</b>  - Historias clínicas con falta de datos necesarios para la realización del</p>		<p>Se solicitará un listado de pacientes con edad gestacional de 20 a 36 6/7 semanas del servicio de ginecología del Hospital de Ventanilla, luego se pasará a solicitar las historias clínicas en el departamento de archivos, y posteriormente el llenado de ficha de recolección de datos. Con la ficha de recolección de datos se elaborará una base de</p>



	<p>estudio.</p> <p><b>CONTROLES:</b></p> <p><b>Criterios de inclusión:</b></p> <p>- Pacientes con edad gestacional de 20 a 36 6/7 semanas expuestas y no expuestas a infección del tracto urinario en el servicio de ginecología del Hospital de Ventanilla el año 2019.</p> <p><b>Criterios de exclusión:</b></p> <p>- Historias clínicas de gestantes con falta de datos necesarios para el estudio.</p> <p><b>MUESTRA:</b> Debido al diseño de estudio y a los antecedentes bibliográficos realizados por Huaman <i>et al.</i> (2017), se realizará un tamaño de muestra con un OR:2.591, controles expuestos:50%, riesgo alfa: 5%, poder: 90%, N° de casos:100, N° de controles: 100.</p> <p><b>MUESTREO:</b> Muestro aleatorizado</p>	<p>datos en Excel, la cual será importada al software estadístico SPSS donde se realizará los análisis estadísticos.</p>
--	--	--