

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO COMO FACTOR DE RIESGO PARA
EL DESARROLLO DE AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E.
BERNALES DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2020**

TESIS

PRESENTADO POR BACHILLER

ALFREDO JHONATAN MARTÍNEZ RAMOS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

LIMA – PERÚ

2021

ASESOR

Dr. Juan Roque Quezada

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento primero a Dios por ser mi guía y fortaleza en todo momento de mi carrera.

A mi familia por su apoyo incondicional, por toda la paciencia y amor que me transfirieron cuando más los necesitaba.

DEDICATORIA

Dedico mi Tesis a mi Familia que fueron siempre mi fuente de motivación para salir adelante cada día, por creer en mí y no dejarme decaer en ningún momento.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre infección del trato urinario y desarrollo de amenaza de parto pretérmino.

Materiales y Métodos: El tipo de estudio fue observacional, analítico, de casos y controles, retrospectivo, y transversal. La población incluida en el estudio fueron la totalidad de pacientes que presentaron amenaza de parto pretérmino, las cuales fueron un total de 140 gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales entre Julio a Diciembre del año 2020. Se realizó un análisis bivariado mediante SPSS Statistics versión 26, además se estudió características en la población como edad, número de controles prenatales, paridad y antecedente de parto pretérmino.

Resultados: Respecto a la amenaza de parto pretérmino, la infección del tracto urinario es un factor de riesgo ya que tiene un OR= 3.009, los controles prenatales incompletos tienen un OR= 3.9, el antecedente de parto pretérmino tiene un OR= 2.843 y respecto a la paridad tiene un OR= 0.353, siendo este último el único factor protector encontrado en el presente estudio con respecto a las variables estudiadas.

Conclusiones: La infección del tracto urinario es un factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino. Se debe reforzar las medidas preventivas a las mujeres gestantes y en edad fértil, disminuyendo así la infección del tracto urinario para lograr una menor incidencia en la amenaza de parto pretermino, evitando así el parto pretermino, el cual conlleva a un incremento en la morbi-mortalidad neonatal.

Palabras clave: Amenaza de parto pretermino, infección del tracto urinario, factores de riesgo.

ABSTRACT

Objective: To determine the association between urinary tract infection and the development of threatened preterm labor.

Materials and Methods: The type of study was observational, analytical, case-control, retrospective, and cross-sectional. The population that was included in the study was the totality of patients who presented premature rupture of membranes, which were a total of 140 pregnant women treated at the Sergio E. Bernales National Hospital between July and December of the year 2020. A bivariate analysis was performed using SPSS Statistics version 26 also studied characteristics in the population such as age, number of prenatal controls, parity and history of preterm delivery.

Results: Regarding the threat of preterm delivery, urinary tract infection is a risk factor since it has an OR = 3,009, incomplete prenatal controls have an OR = 3.9, the antecedent of preterm delivery has an OR = 2,843 and regarding at parity, it has an OR = 0.353, the latter being the only protective factor found in the present study with respect to the variables studied.

Conclusions: Urinary tract infection is a risk factor for threatened preterm labor. Preventive measures should be reinforced for pregnant women and women of childbearing age, thus reducing urinary tract infection to achieve a lower incidence in the threat of preterm labor, thus avoiding preterm labor, which leads to an increase in morbidity. neonatal mortality.

Key words: Preterm labor threat, urinary tract infection, risk factors.

INTRODUCCIÓN

La amenaza de parto pretérmino o prematuro es un problema que afecta gravemente la salud no solo de Perú sino también a nivel mundial ya que deja complicaciones graves en varios casos llegando incluso a la muerte del recién nacido, es por eso que se debe poner énfasis en cambiar la situación actual de este problema.

Cada año se estima que nacen alrededor de 15 millones de niños prematuros y que la cifra tiende a aumentar, sus complicaciones en relación a este problema en el 2018 provocaron un millón de muertes aproximadamente, siendo la primera causa de muerte en niños menores de cinco años.

Esta enfermedad se ha estudiado en 185 países y los resultados fueron que los nacimientos con prematuridad van entre el 5% y el 18% de todos los recién nacidos o intervenciones eficaces se podría prevenir tres cuartas partes de estas muertes y también reducir las diferentes discapacidades que pueden presentar ya sea en el aprendizaje, problemas auditivos o visuales.

La OMS tiene como compromiso en reducir estos problemas y el número de mortalidad como consecuencia de los partos pretérmino, mediante la adopción de diferentes medidas entre las cuales destacan exigir mejoras en los sistemas de salud de los países mediante un aumento de presupuesto y una mejor distribución de los recursos que tenemos en salud.

Se observa claramente la diferencia en las tasas en los países desarrollados son mucho más bajas en comparación a los países en vías de desarrollo, en relación a los ingresos socioeconómicos también se observa una notable diferencia ya que en los países que tienen un nivel socioeconómico bajo la mitad de los bebés que nacen antes o a las 32 semanas fallecen debido a que no reciben cuidados simples como recibir adecuadamente la lactancia materna,

calor suficiente, no haber recibido oportunamente las atenciones para combatir los problemas respiratorios y las infecciones, también mencionar el uso ineficiente de la tecnología provoca todavía más muertes en recién nacidos prematuros.

Se estima que en América Latina la prevalencia de amenaza de parto pretérmino es del 9,6% en las gestantes, de los cuales Ecuador y Chile tienen los índices más bajos de 5.1% y 7.1% respectivamente, Perú se ubica con un 7.3% y los países con un índice más elevado se encuentra Brasil con un 9.2% y Bolivia con un 9%.

De todos estos resultados se estima que va a tender a bajar en los próximos años ya que se están tomando esfuerzos cada vez más oportunos y existe una mejor llegada a lugares alejados de las diferentes comunidades, evitando así las enfermedades a corto plazo y los problemas como el deterioro visual, deterioro auditivo, enfermedades cardiovasculares y enfermedades pulmonares.

También se presentan enfermedades a nivel del sistema nervioso central como los trastornos de ejecución en la marcha o secuelas conductuales y psiquiátricas.

En el Perú está presente entre el 5-10% de gestaciones, la cual aumenta cada año ya que no se toman las medidas de prevención adecuadas y básicas de cumplir como es el control prenatal completo entre otras, desde el año 2010 al año 2016 se ha observado lamentablemente un aumento de 8,56% a un 9,7%, dejando así un problema pendiente en el cual se busca reducir las cifras.

Los lugares más pobres del país muestran un mayor número de partos pretérmino, lo cual se considera un factor importante de este problema, razón por la cual se está trabajando en implementar mejor los centros de salud en las

zonas alejadas de las grandes ciudades y así poder reducir las cifras que actualmente se presentan.

Se debe trabajar en campañas de salud para así informar mejor a la población en general de las terribles consecuencias que se presentan, también implementar sistemáticamente medidas de prevención y control con las mujeres gestantes para que cumplan correctamente lo que son sus controles y evitar exponerse a situaciones que puedan ocasionar una amenaza de parto pretérmino.



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
OFICINA DE GRADOS Y TITULOS
ESTRUCTURA DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

CARÁTULA	I
ASESOR	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	VII
INDICE	X
LISTA DE TABLAS	XII
LISTA DE GRÁFICOS	XIII
LISTA DE ANEXOS	XIV
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del Problema	1
1.2. Formulación del Problema	2
1.2.1. General	3
1.2.2. Específicos	3
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. General	5
1.6.2. Específicos	5
1.7. Propósito	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1. Antecedentes bibliográficos	7

2.2. Bases teóricas	9
2.3. Marco Conceptual	22
2.4. Hipótesis	23
2.4.1. General	23
2.4.2. Específicas	23
2.5. Variables	24
2.6. Definición operacional de términos	25
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	26
3.1. Diseño metodológico	26
3.1.1. Tipo de investigación	26
3.1.2. Nivel de investigación	26
3.2. Población y muestra	26
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	
28;Error! Marcador no definido.	3.4. Diseño de recolección de datos
29	
3.5. Procesamiento y análisis de datos	29
3.6. Aspectos éticos	30
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS	31
4.1. Resultados	31
4.2. Discusión	37
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
39;Error! Marcador no definido.	
5.1. Conclusiones	39
5.2. Recomendaciones	40
BIBLIOGRAFIA	41
ANEXOS	44

LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 1: INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO Y AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2020	31
TABLA N° 2: GRUPO ETARIO Y AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2020	32
TABLA N° 3: ANTECEDENTE DE PARTO PREMATURO Y AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2020	33
TABLA N° 4: CONTROLES PRENATALES Y AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2020	34
TABLA N° 5: PARIDAD Y AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2020	35
TABLA N°6: FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2020	36

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO N° 1: INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO Y AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2020	31
GRÁFICO N° 2: GRUPO ETARIO Y AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2020	32
GRÁFICO N° 3: ANTECEDENTE DE PARTO PREMATURO Y AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2020	33
GRÁFICO N° 4: CONTROLES PRENATALES Y AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2020	34
GRÁFICO N° 5: PARIDAD Y AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2020	35

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO N°1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	45
ANEXO N°2: INSTRUMENTO (FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS)	46
ANEXO N°3: VALIDEZ DE INSTRUMENTOS CONSULTA DE EXPERTOS	47
ANEXO N°4: MATRIZ DE CONSISTENCIA	50
ANEXO N°5: ACTA DE APROBACIÓN ÉTICA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIE E. BERNALES	53
ANEXO N°6: AUTORIZACION PARA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES	54
ANEXO N°7: PORCENTAJE DE COINCIDENCIAS URKUND	55

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La amenaza de parto prematuro es un problema que afecta gravemente la salud no solo de Perú sino también a nivel mundial ya que deja graves complicaciones materno neonatal, llegando incluso a la muerte del recién nacido, es por eso que se debe poner énfasis en cambiar la situación actual de este problema.

Según a la Organización mundial de la salud y WHO (world health organ) en el año 2018 el parto pretérmino tuvo una incidencia del 10% en promedio a nivel mundial que viene a ser consecuencia de una amenaza de parto pretérmino la cual no fue tratada de manera adecuada. Sabemos que el parto pretérmino va predisponer una mayor morbilidad neonatal y mortalidad materna. En el año 2010 los nacimientos pretérmino era un aproximado del 10% o 13 millones del total de nacidos, de esta cifra aproximadamente 11 millones estaban concentrados en Asia y África, 1 millón en Europa, Norteamérica y México, lo demás en América del Sur y El Caribe^{1,2,3}.

En relación a los grupos étnicos, estudios en Europa y países desarrollados presentan una tasa de casos de amenaza de parto pretérmino en general de 7%, EE.UU. ha aumentado al 10%. España en la última Encuesta Nacional de Mortalidad Perinatal realizada en el año 2015 realizada por la Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), nos muestra una incidencia de amenaza de parto pretérmino del 6.9%⁴.

En el Perú representa del 5 – 10% de embarazos, solamente el 20% de las gestantes diagnosticadas con amenaza de trabajo de parto pretérmino van a concluir en parto pretérmino. Siendo esta la causa la más importante de morbilidad perinatal, ocasionando el 75% de muertes perinatales y 50% de deficiencias neurológicas⁵.

En un estudio realizado en el Hospital Nacional Santa Rosa, el cual se realizó en el año 2018, la infección del tracto urinario está dentro de los principales factores de riesgo materno para desarrollar la amenaza de parto pretérmino y posteriormente parto pretérmino, se evidencia que el antecedente de infección del tracto urinario en la gestante va elevar el riesgo 2.7 veces a desarrollar parto pretérmino. Se cuenta con otro estudio en la ciudad de Trujillo, Hospital Víctor Lazarte Echeagaray en el 2018 nos muestra una incidencia de 37.7% con respecto a la infección del tracto urinario para desarrollar amenaza de parto pretérmino y posteriormente parto pretérmino⁶.

En vista que ha logrado identificar los factores de riesgo que se asocian con mayor frecuencia al desarrollar amenaza de parto pretérmino, tanto en nuestra sociedad como a nivel mundial, tanto el ministerio de salud de nuestro país como el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, busca reducir dichos factores mediante la ejecución de planes para la promoción de salud evitando así el incremento de mortalidad materna y morbilidad neonatal.

Se ha decidido estudiar la infección del tracto urinario por ser uno de los factores de riesgo que tiene mayor frecuencia en esta patología, de esta manera se realizara mejor promoción de salud a la población y poder disminuir la incidencia de parto pretérmino el cual es la complicación final, siendo este una consecuencia de una amenaza de parto pretérmino mal resuelta. De esta forma se va disminuir la morbilidad neonatal y mortalidad materna logrando así mejorar los indicadores de salud.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿La infección del tracto urinario es un factor de riesgo para el desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales de Julio a Diciembre del 2020?

1.2.2 PROBLEMAS ESPECIFICOS

- ✓ ¿Cuál es la relación entre el grupo etario (edad) y la amenaza de parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales de Julio a Diciembre del 2020?
- ✓ ¿Cuál es la relación entre antecedente de parto pretérmino y la amenaza de parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales de Julio a Diciembre del 2020?
- ✓ ¿Cuál es la relación entre controles prenatales completos y la amenaza de parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales de Julio a Diciembre del 2020?
- ✓ ¿Cuál es la relación entre paridad y la amenaza de parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales de Julio a Diciembre del 2020?

1.3. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo responde al problema sanitario de salud materna, perinatal y neonatal de sobre las prioridades nacionales de investigación en salud en Perú (2019 – 2023), también busca disminuir la problemática en la cual cada año se presentan múltiples casos de amenaza de parto pretérmino dentro del Hospital Sergio E. Bernales, esto conlleva al desarrollo de parto pretérmino el cual es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en nuestra población. Esto genera un problema de salud pública ya que constituye una carga económica en gastos de asistencia médica. Sumado a esto se observó que hace varios años ha aumentado la incidencia lo cual llama a la reflexión acerca de buscar medidas preventivas para reducir el número de casos.

Lo que se busca es evitar que la incidencia siga en aumento, realizando medidas necesarias como campañas de capacitación o despistajes gratuitos de Papanicolaou a nivel nacional, todo esto con el propósito de concientizar a la

población sobre los peligros que conlleva y así mismo poder brindar un tratamiento oportuno a las personas afectadas.

Sustento este estudio desde el punto práctico, dentro de los cuales se buscan conocer los casos evitables y detectables a tiempo, así poder reducir la tasa de morbilidad y mortalidad neonatales y maternas. Incrementando la salud y calidad de vida de las gestantes. Con los resultados encontrados contribuiremos la detección temprana y lograr prevenir el desarrollo de esta patología.

1.4 DELIMITACIÓN DEL AREA DE ESTUDIO

Delimitación geográfica: El presente estudio será realizado en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, ubicado en Calle Los Nardos 102, Comas, Lima.

Delimitación temporal: El presente estudio fue realizado de julio a diciembre del 2020.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio es unicéntrico, este se llevó a cabo en un solo establecimiento de salud, a su vez se trabajó con una población de clase social media – baja, lo que afectara la validez externa del trabajo si se plantea extrapolar los datos a población nacional.

Entre otras limitaciones tenemos demora en la autorización por parte del área respectiva del hospital para que se pueda realizar los estudios necesarios en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, las historias clínicas no están correctamente llenadas o dan descripciones muy escasas acerca del tema en estudio, al no ser digitalizadas se encuentre en algunos casos dificultad por parte del examinador para comprender la letra y así

ser más objetivo al momento de pasar la información a la ficha de recolección de datos

Por último, la actual pandemia que estamos expuesto dificulta otro tipo de instrumentos como encuestas presenciales, pero a pesar de las limitaciones se llevara a cabo el proyecto con todo el esfuerzo y dedicación que requiere.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar si existe relación entre Infección del Tracto urinario y desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales de Julio a Diciembre del 2020.

1.6.2 ESPECIFICOS

- ✓ Determinar la asociación entre grupo etario y desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales de julio a diciembre del 2020.
- ✓ Establecer la asociación entre antecedente de parto pretérmino y desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales de julio a diciembre del 2020.
- ✓ Comprobar la asociación entre controles prenatales y desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales de julio a diciembre del 2020.
- ✓ Establecer la asociación entre antecedente de paridad y desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales de julio a diciembre del 2020.

1.7. PROPÓSITO

El motivo del presente proyecto de investigación es para saber cómo actuar de manera oportuna por parte del personal de salud en pacientes que acudan presentando este problema, orientar a las gestantes para evitar la complicación de dicha amenaza y que sirva como base para futuras investigaciones sobre las variables determinadas Amenaza de parto pretérmino e infección de tracto urinario, con este conocimiento se podrá

Así mismo busca incentivar a la comunidad médica de dicho hospital a mantener y mejorar los trabajos de investigación y mejorar la prevención y tomar medidas terapéuticas y estrategias para disminuir la tasa de partos pretérmino.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

NACIONALES

Huamán S, et al Hospital María Auxiliadora en Lima, Perú 2017 – “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de ginecología y obstetricia”, en el estudio tiene una muestra de 400 gestantes atendidas en dicho hospital entre casos y controles, en el cual se observó una mayor incidencia en el número de pacientes que presentaban como antecedente la ruptura prematura de membrana es el factor predisponente más alto, también está el número de paridad, los controles prenatales incompletas, la preeclampsia y por ultimo las infecciones de tracto urinario, todos ellos relacionados al riesgo de desarrollar de parto pretérmino (OR:2,579)⁸.

Rodríguez D, et al Hospital Regional Docente en Trujillo, Perú 2017 – “Factores de riesgo materno asociados a parto pretérmino”, en dicho estudio se estudió 70 nacimientos entre casos y controles de los cuales se llegó a la conclusión que el principal factor de riesgo para parto prematuro es un antecedente del mismo, los resultados en relación al antecedente de parto pretérmino ($p = 0,0048$; OR = 7,0345), control prenatal inadecuado ($p = 0,0038$; OR = 4,8889), desprendimiento prematuro de placenta ($p = 0,0014$; OR = 8,5), vaginosis bacteriana ($P = 0,0003$; OR = 4,0702). Queda establecido que el antecedente de parto pretérmino, control prenatal inadecuado, el desprendimiento prematuro de placenta y vaginosis son factores de riesgos asociados al desarrollo de parto pretérmino⁹.

Rodríguez I, et al Puesto de salud San Martín en Trujillo, Perú 2016 – “Prevalencia de bacteriuria asintomática en gestantes”, se estudió 61 gestantes asintomáticas con infección del tracto urinario, se tomaron 61 muestras de orina, 19% urocultivo positivo, representado el 31,15% del total de muestras analizadas, siendo así la prevalencia de bacteriuria asintomática. También se demuestra que, en el recuento e identificación de cultivos positivos, la mayoría de recuentos para staphylococcus aureus está abajo de 100,000 ufc/ml, mientras que el recuento para

E. coli, Enterobacter aerogenes y proteusmirabilis está encima de 100,000 ufc/ml¹⁰.

Huaroto K, et al Hospital Público en Ica, Perú 2018 – “Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino”, se tuvo un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$ y el factor de riesgo con $OR > 1$, IC 95%, una muestra de 107 pacientes de los cuales 31 fueron diagnosticados con parto pretérmino, concluyó que ser madre adolescente, madre añosa, el lugar de donde proviene (procedencia rural), bajo grado de instrucción, antecedentes patológicos como el de infección del tracto urinario, bajo peso al nacer y gemelaridad¹¹.

INTERNACIONALES

Acosta J, et al Hospital de la Mujer en Culiacán, México 2017 – “Prevalencia de infección de vías urinarias en pacientes hospitalizadas con amenaza de parto pretérmino”, es este estudio se tomó una muestra de 272 pacientes atendidas en dicho hospital, se buscó identificar la prevalencia de infección del tracto urinario en las pacientes que tengan amenaza de parto pretérmino, de estas el 35.6% tuvieron urocultivo positivo y de este mismo grupo el 32.9% terminó el embarazo por parto pretérmino. Se aislaron E. coli en el 74.4% siendo el 42% de estas cepas resistentes a la ampicilina y 38.4% resistentes a ciprofloxacino¹².

Giraldo P, et al Clínica de Maternidad de la Universidad Federal de Río Grande, Brasil 2017 – “The Prevalence of Urogenital Infections in Pregnant Women Experiencing Preterm and Full-Term Labor”, se realizó un estudio con 49 casos y 45 controles. Los resultados fueron que la prevalencia de infecciones en el parto pretérmino fue de 49% y en el a término 53%, y las infecciones del tracto urinario fueron en el pretérmino y a término de 36.7% y 22% respectivamente. Vale mencionar que la candidiasis represento un 20.4% y 29% respectivamente¹³.

Cruz R, et al Hospital Enrique C. Sotomayor en Guayaquil, Ecuador 2018 – “Identificación de factores de riesgo en el parto pre termino, estudio en el cual se consideran aspectos biológicos, maternos y demográficos”. Se pone énfasis

también las complicaciones materno infantiles. En sus resultados indican que los principales factores de parto pretérmino se da en las gestantes tanto menores de 19 años como también las mayores de 35 años, además de eso otros factores fundamentales son la multiparidad, el bajo grado de escolaridad y aquellas que tienen controles prenatales incompletos, siendo estos los principales factores que van a desencadenar el parto pretérmino según este artículo¹⁴.

Retureta S, et al Municipio Ciego del Ávila en Cuba 2017 – “Factores de riesgo de parto pretérmino en gestantes”, estudio que aplicó la prueba Chi cuadrado, con una asociación significativa $p < 0,05$, se estudian el nacimiento de 65 bebés prematuros en un periodo de 5 años de los cuales solo sobreviven 35, nos comenta que los antecedentes con mayor importancia fueron el haber tenido un antecedente de parto prematuro, luego el embarazo múltiple que va a ser seguido por las infecciones tanto urinarias como vaginales. Siendo el bajo peso materno y las alteraciones de volumen de líquido amniótico los que tengan menor relación en general¹⁵.

2.2. BASES TEÓRICAS

Se entiende por amenaza de parto pretérmino a la presencia de contracciones uterinas con regularidad que se asocian a modificaciones cervicales presentadas entre las 20 y 36,6 semanas de gestación, con membranas íntegras intactas, junto con una actividad uterina con frecuencia de 1 cada 10 minutos y 30 segundos de duración durante 60 minutos con presencia de modificaciones cervicales las cuales son borramiento $\leq 50\%$ y dilatación ≤ 2 centímetros⁷.

Como se sabe un recién nacido prematuro es aquel que ha nacido antes de las 37 semanas de gestación, dentro de la cual se clasifican en 3 grupos:

Prematuro moderado a tardío: Nacimiento entre las semanas 32 y 37.

Muy prematuro: Nacimiento entre las semanas 28 y 32.

Prematuro extremo: Nace antes de la semana 28.

Se debe diferenciar entre la amenaza de parto pretérmino y el trabajo de parto pretérmino, en este último la dinámica uterina es igual o mayor a la descrita en amenaza de parto pretérmino, pero con la diferencia que en el trabajo de parto pretérmino se presentan modificaciones cervicales como borramiento cervical mayor al 50% y dilatación de 3 cm o más⁷.

Se puede concluir que la amenaza de parto pretérmino sin tratamiento o con tratamiento fallido puede terminar en un trabajo de parto pretérmino ocasionando los problemas en salud mencionados anteriormente¹⁶.

Respecto al cuadro clínico se manifiesta como dolor en hipogastrio y región lumbar acompañado de contracciones uterinas de ritmo regular con cambios y dilatación de cuello uterino⁷. Respecto al tacto vaginal hay una práctica limitada por parte del examinador, sobre todo cuando hay cambios mínimos, no se debe usar el examen físico de cérvix como algo rutinario para evaluar el riesgo de las pacientes que presentan amenaza de parto pretermino¹⁷.

El parto pretérmino viene a ser la causa única más importante de mortalidad y morbilidad perinatal, dependiendo también del riesgo de enfermedad o muerte de los prematuros, del peso y edad gestacional al nacer. La prematuridad menos a 32 semanas conlleva la mayor morbilidad neonatal y un aumento de la tasa de secuelas, por ende debe ser la que tenga el mayor esfuerzo para poder disminuirla¹⁸.

La incidencia a nivel mundial del parto pretérmino es en promedio 10% del total de los nacimientos, existiendo diferencias geográficas importantes¹⁸. En Europa y países desarrollados presentan una tasa de casos de amenaza de parto pretérmino en general de 7%, EE.UU. ha aumentado al 10%. España en la última Encuesta Nacional de Mortalidad Perinatal realizada en el año 2015 realizada por la Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y

Obstetricia (SEGO), nos muestra una incidencia de amenaza de parto pretérmino del 6.9%⁴.

Respecto a Chile la tasa de parto pretérmino es en promedio de 5%¹⁷. En Perú está entre 5 – 10% de embarazos y el 20% de gestantes con el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino van a concluir con un parto pretérmino⁷.

El parto pretérmino tiene etiología es multifactorial, entre las más importantes tenemos:

Espontaneo o sin causa aparente: Es el más frecuente (45% de los casos), posterior al trabajo de parto espontaneo le sigue el parto prematuro. Cunninghamman analizo la patogenia del parto pretérmino y señalo como factores a la activación decidual, inicio de la oxitocina y retiro de progesterona. Se observó también desviaciones acerca del crecimiento normal del trabajo de parto pretérmino espontaneo, las cuales indican participación del feto¹⁹.

Ruptura prematura de membranas: Es la ruptura espontanea de membranas fetales antes de las 37 semanas y antes de iniciar el trabajo de parto. Su etiología es diversa, pero se cree que la infección intrauterina es un factor predisponente de importancia. Algunos estudios refieren que la patología antes de las 37 semanas está relacionado con el incremento de la apoptosis de los componentes celulares con la membrana y con concentraciones elevadas de proteasas especificas en el líquido amniótico y membranas.

Las realizaciones de cultivos bacterianos procedentes del líquido amniótico confirman la participación de la infección mediante un porcentaje significativo, respaldando así la incidencia de ruptura prematura de membranas debido a infecciones¹⁹.

Infección urinaria: Enfatizando las infecciones como factor de riesgo para desarrollo de amenaza de parto pretérmino, Cunninghamman analizo la función de las infecciones en el parto pretérmino, en la cual se plantea la hipótesis de que

dichas infecciones intrauterinas son las que desencadenan el trabajo de parto pretérmino mediante la activación del sistema inmunitario innato, los microorganismos van a facilitar la liberación de citocinas inflamatorias como el factor de necrosis tumoral y las interleucinas, estas a su vez van a estimular la producción de prostaglandina o enzimas degradantes de la matriz.

Las prostaglandinas son las responsables de estimular las contracciones uterinas, mientras que la degradación de la matriz extracelular en membranas fetales va desencadenar la ruptura prematura de membranas, se tiene calculado que el 25 – 40% de partos pretérmino son debido a una infección intrauterina¹⁹.

Los dos principales microorganismos patógenos perinatales son *ureaplasma urealyticum* y *mycoplasma hominis*, se reporta que el 23% de recién nacidos con edad gestacional entre las 23 y 32 semanas tienen hemocultivo del cordón umbilical tienen resultados positivos para estos micoplasmas del área genital, similares resultados se publicaron antes por un grupo de investigación de Perinatology research branch of the national institute of child health and human development¹⁹.

Vaginosis bacteriana: Se debe a que la microflora vaginal a predominio de lactobacilos encargados de la producción de peróxido de hidrógeno son reemplazados por anaerobios del tipo *Gardnerella vaginalis*, del género *Mobilinea* y *mycoplasma hominis*. La vaginosis bacteriana tiene relación con el aborto espontáneo, ruptura prematura de membranas, parto pretérmino, infección del líquido amniótico y corioamnionitis.

Incompetencia cervical: Es un diagnóstico clínico, el cual se caracteriza por la dilatación cervical indolora, recurrente y nacimiento espontáneo durante el segundo trimestre de la gestación sin haber ruptura espontánea de membranas, infección previa.

En el diagnóstico es fundamental la diferenciación entre trabajo de parto verdadero y falso, se dificulta antes que haya borramiento y dilatación del cuello

uterino. Medir la actividad uterina se dificulta por las contracciones de Braxton Hicks, estas contracciones irregulares, no rítmicas y dolorosas (en la parte delantera, similar a cólicos menstruales), pueden causar confusión considerable para el diagnóstico de trabajo de parto prematuro.

El criterio diagnóstico en la amenaza de parto pretérmino son contracciones uterinas con regularidad que se asocian a modificaciones cervicales presentadas entre las 20 y 36,6 semanas de gestación, con membranas integras intactas, junto con una actividad uterina con frecuencia de 1 cada 10 minutos y 30 segundos de duración durante 60 minutos con presencia de modificaciones cervicales las cuales son borramiento $\leq 50\%$ y dilatación ≤ 2 centímetros⁷.

Para el trabajo de parto pretérmino las contracciones uterinas son igual o más intensas y se acompañan de modificaciones cervicales como borramiento cervical mayor al 50% y dilatación de 3 cm o más⁷.

En el diagnóstico diferencial se debe incluir irritabilidad uterina, desprendimiento prematuro de placenta y patología digestiva dolorosa.

Para el manejo general de la amenaza de parto pretérmino comienza con reposo y observación y posterior evaluación en el servicio de emergencia, se solicita exámenes de laboratorio: urocultivo, sedimento de orina, hemograma, frotis vaginal, entre otros. De ser necesario se procede a realizar ecografía de emergencia más cervicometría²⁰.

Resumiendo, el manejo general de la amenaza de parto pretérmino va consistir en reposo, hidratación, monitoreo materno y fetal, maduración pulmonar si la gestación es entre las 24 – 34 semanas con corticoides, uso de tocolíticos y una vigilancia de efectos colaterales. También considerar las contraindicaciones: hipertensión arterial severa, feto muerto, malformación fetal severa, hemorragia materna severa, corioamnionitis y desprendimiento prematuro de placenta⁴.

En el manejo específico se usan fármacos para la maduración pulmonar, protección neurológica y tocolíticos, de esa manera se evita el trabajo de parto pretérmino y las posibles complicaciones de este.

El tocolítico de elección es el nifedipino el cual es un antagonista de los canales de calcio, la administración de dosis es 10 – 20 mg por vía oral y repetir la dosis 20 minutos después en caso de persistir las contracciones hasta una tercera dosis, luego se repite la dosis cada 6 – 8 horas por 48 – 72 horas, la dosis máxima diaria es de 160 mg. Pasada las 72 horas de ser necesario se puede administrar dosis única de 30 – 60 mg por vía oral una vez al día.

Otros tocolíticos que también son usados son la indometacina, atosiban, isoxuprina y sulfato de magnesio.

Para la protección neurológica se usa también sulfato de magnesio con una dosis de 4 – 6 gramos en infusión endovenosa durante 20 minutos, se continúa con dosis de mantenimiento 2 – 3 gramos por hora. Se recomienda dosar el magnesio sérico, y estrictamente se debe monitorizar la frecuencia respiratoria, reflejos osteotendinosos y diuresis materna. Si hubiera sobredosis por sulfato de magnesio con signos como oliguria, hiporreflexia, paro respiratorio, se debe administrar gluconato de calcio una ampolla endovenosa diluida en cloruro de sodio y pasarlo en 15 a 20 minutos.

En la maduración pulmonar se van a usar corticoides, en este caso se recomienda el uso de betametasona con dosis de 12 mg intramuscular cada 24 horas por dos días, también se puede usar dexametasona con dosis de 6 mg intramuscular cada 12 horas por dos días.

La prevención primaria es aquella que se hace en ausencia de enfermedad para prevenir que ocurra, en este caso para prevenir la amenaza de parto pretérmino, es fundamental el control preconcepcional, evaluar los factores de riesgo y el control prenatal.

En el control preconcepcional es recomendable una campaña de promoción y prevención en salud a toda la población de mujeres en edad fértil, en la cual se busca detectar las condiciones de salud general que se puedan optimizar desde la perspectiva reproductiva como corregir los hábitos alimentarios prevenir, controlar la obesidad y sobrepeso que aumentan el riesgo de parto pretérmino. Adicional a eso también está la adicción a las drogas, alcohol y tabaco.

En las gestantes debe realizarse la búsqueda de factores de riesgo en el primer control de la gestación, las pacientes que presenten factores de riesgo deben ser derivadas a un nivel secundario como áreas de alto riesgo, todo esto antes del décimo día establecido la condición de riesgo, las demás deben continuar el control de manera normal en el nivel primario.

Se realizará también una búsqueda de infección del tracto urinario, durante el primer control del embarazo se solicita urocultivo, el cual es realizado normalmente dentro de las primeras 12 semanas de gestación.

Un meta – análisis en el cual estaba incluido 12 estudios con 2011 embarazadas, llegó a demostrar una disminución de parto pretérmino en el grupo de mujeres con el diagnóstico de bacteriuria asintomática las cuales recibieron tratamiento antibiótico¹⁸.

En cuanto a la prevención secundaria son las medidas preventivas adoptadas en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de parto pretérmino, en este se realizan diversos procedimientos, entre los cuales tenemos:

Búsqueda de vaginosis bacteriana, se debe tomar una muestra para medir el pH, reacción KOH y visualizar de manera directa un flujo vaginal sugerente de infección, según el resultado se inicia tratamiento. El tratamiento de elección en este caso es metronidazol 2 gramos dosis única o 500 miligramos cada 8 horas por 5 días, ambos por vía oral.

Cervicometría con ultrasonido, la longitud cervical tiende a permanecer constante hasta el tercer trimestre del embarazo, entre 30 a 40 mm normalmente. Existe una relación precisa entre longitud cervical con medición por ultrasonido transvaginal y riesgos de parto pretérmino. Los valores con frecuencia son de 15 a 25 mm, con mayor valor de corte la sensibilidad mejora y así se reduce la especificidad. Por ende es recomendable usar cortes con valores mayores en la población de alto riesgo, sobre todo en embarazos menores a las 32 semanas, evitando de esta forma la pérdida de pacientes que se puedan beneficiar con el tratamiento y valores menores en la población general (bajo riesgo) evitando así intervenciones innecesarias.

Entonces es recomendable usar el valor de 25 mm para la población de alto riesgo y 15 mm para la población de bajo riesgo en cuanto a las medidas de prevención. Para estas pacientes se recomienda la administración de progesterona 200 mg al día por vía vaginal desde el diagnóstico de cuello corto hasta la semana 36 de gestación, el inicio de trabajo de parto o rupturas de membranas. Bajo estas condiciones administrar progesterona va reducir 40% el riesgo de parto pretérmino¹⁸.

Doppler de arterias uterinas, ayuda en la identificación de pacientes con posible isquemia útero placentaria la cual puede expresarse como parto pretérmino espontáneo por etiología isquémica, como RCIU o preeclampsia. Este examen se debe realizar entre las semanas 20 y 24 por vía transvaginal, puede hacerse de manera simultánea con la evaluación cervical. Los valores que se usan para identificar a la población en riesgo están sobre el percentil 95 del índice pulsátil el cual se mide cuantitativamente como IP de arterias uterinas > 1.54 mm. La velocimetría Doppler de las arterias uterinas que se realiza entre las semanas 20 y 24 identifica el 85% de población que va tener preeclampsia o restricción del crecimiento intrauterino el cual requiere interrupción antes de las 34 semanas de gestación.

La prevención terciaria consiste en observación de la paciente durante su estancia hospitalaria, reposos en cama e hidratación parenteral con soluciones cristaloides son medidas importantes, ya que permiten establecer el diagnóstico de trabajo de parto pretérmino.

Las infecciones del tracto urinario o ITU, son posiblemente las complicaciones más frecuentes durante la gestación y pueden tener una repercusión importante para la madre y evolución del embarazo.

Las ITU afectan del 5 – 10% del total de embarazos, por ello es recomendable el cribado gestacional, las funciones de la gestación y modificaciones anatómicas (longitud cervical corta) incrementan el riesgo de tener una ITU, entre ellas las más relevantes son aumento del volumen vesical, hidronefrosis durante el embarazo, aumento del pH de la orina, aumento del flujo vesicoureteral, estasis urinaria, glucosuria, incremento de secreción urinaria de los estrógenos²¹.

Los efectos de la ITU durante la gestación dependen también del grado de compromiso renal, grado de función renal y antecedentes de hipertensión arterial, antecedentes de infecciones o proteinuria.

Las ITU se clasifican de diferentes maneras: alta o baja, no complicada o complicada, aguda o crónica, sintomática o asintomática, comunitaria o nosocomial, nueva o recurrente.

La ITU baja es definida como la colonización bacteriana en el nivel de la vejiga y uretra, normamente asociadas a la presencia de signos y síntomas urinarios como disuria, polaquiuria, olor fétido de la orina, turbidez. En este grupo está incluido la cistitis y bacteriuria asintomática²².

La ITU alta es definida como la presencia de síntomas y signos de la ITU baja, la cual se asocia a colonización bacteriana a nivel del parénquima renal y uretral, presentando síntomas y signos sistémicos como fiebre, dolor lumbar, náuseas, vómitos y escalofríos. En este grupo se encuentra la pielonefritis aguda²².

La etiología de los gérmenes causantes de las ITU en la gestación son las mismas que afectan a las personas en general:

En primer lugar, tenemos a los bacilos gramnegativos, principalmente esta la *E. Coli* (85% del total de los casos), otros bacilos gram negativos como *Porteus mirabilis*, *Klebsiella spp*, *Enterobacter spp* y *Pseudomona spp* son las más frecuentes en ITU complicadas y pacientes hospitalizadas.

En segundo lugar, están los cocos grampositivos, sobre todo el *streptococcus agalactiae*, también organismos menos comunes pueden ocasionar infecciones como *Gardnerella vaginalis* y *Ureaplasma ureolyticum*²⁰.

Las formas clínicas en la cual se presenta la ITU durante la gestación son: Bacteriuria asintomática, cistitis y pielonefritis aguda.

Bacteriuria asintomática (BA): Se define como la presencia de bacterias en orina durante el embarazo con ausencia de síntomas clínicos, la tasa de bacteriuria asintomática en el embarazo es similar al de la población no gestante considerándose así que la mayoría de estas son previas al embarazo. El diagnóstico es establecido por urocultivo con presencia > 100.000 unidades formadoras de colonias o UFC de un único germen patógeno (en su mayoría *E. coli*) en paciente gestante sin clínica urinaria²³.

Si el resultado es de 10.000 a 100.000 UFC/ml o cultivo polimicrobiano, se debe repetir el cultivo tomando precauciones en la toma de muestra y envío al laboratorio, si hay evidencia de la presencia con más de una especie de bacterias o la presencia de bacterias que no suelen causar bacteriuria asintomática (*corynebacterium* o *lactobacilos*) indica contaminación. La prevalencia es de 2 a 11% observándose más en multíparas, mujeres de bajo nivel socioeconómico y con infección urinaria previa, también la diabetes incrementa el riesgo²³, sin embargo, algunos lugares pueden ser mayor por lo cual se convierte en un problema de salud pública²⁴.

La bacteriuria asintomática suele detectarse en las primeras semanas de embarazo debido al control prenatal, por ello es recomendable el cribado de gestantes para detección de BA durante el primer trimestre. La Sección de Medicina Perinatal de la SEGO recomienda que se debe realizarse un cultivo de orina en el primer control prenatal.

El 20 a 40% de las bacteriurias asintomáticas no tratadas suelen evolucionar a pielonefritis aguda, el 60% de los casos de pielonefritis tienen como antecedente infección por BA. El adecuado tratamiento de la BA durante el embarazo reduce hasta el 80% de la evolución a pielonefritis. La identificación y tratamiento de la bacteriuria asintomática son importantes ya evitan su progreso a pielonefritis, además hay probabilidad que la bacteriuria asintomática sería factor desencadenante de parto pretérmino y como consecuencia prematuridad, bajo peso al nacer e inmadurez del recién nacido²⁵.

En la revisión de Cochrane 2008 indica que a pesar de ser generalmente benigna la bacteriuria asintomática en mujeres no embarazadas, la obstrucción en el flujo de la orina durante el embarazo produce estasis e incrementa la posibilidad de la aparición de pielonefritis aguda como complicación de la misma bacteriuria asintomática²⁶.

El diagnóstico es mediante urocultivo < 100.000 UFC/ml de un solo germen uropatógeno sin clínica urinaria en la paciente.

El tratamiento es según el resultado de urocultivo y de sensibilidad del antibiograma, por lo general es de forma ambulatoria por 7 días, entre los principales fármacos tenemos amoxicilina 500 mg cada 8 horas, cefalexina 250 a 500 mg cada 6 horas o nitrofurantoina 50 a 100 mg cada 6 horas (evitar su uso cerca al término de la gestación por riesgo de anemia hemolítica del recién nacido por déficit de glucosa 6 – fosfato deshidrogenasa)²⁴.

En mujeres no gestantes la terapia antibiótica de tres días ha demostrado su efectividad tanto como la de siete días, en gestantes esto no ha sido evaluado

adecuadamente. Se debe hacer urocultivo de control 1 a 2 semanas posterior al tratamiento.

Cistitis: Se presenta en el 1 – 4% de todos los embarazos²¹. Está considerada como ITU primaria ya que no se desarrolla por bacteriuria asintomática previa. Tiene como característica polaquiuria, disuria, micción urgente, dolor suprapúbico y en algunos casos hematuria. No hay clínica de infección urinaria del tracto superior²³.

La incidencia es de 1.5% en la gestación y su incidencia no disminuye a pesar de tratar la bacteriuria asintomática debido a que no se desarrolla a partir de esta, en el 95% de los casos la infección es monoclonal, las bacterias aisladas de la orina tienen similitud a las aisladas en bacteriuria asintomática. El germen más frecuente es E. coli, en segundo lugar, Klebsiella spp y tercero Proteus spp.

En el 50% de mujeres con clínica de cistitis el urocultivo es negativo, en estos casos es denominado cistitis abacteriúrica o síndrome ureteral agudo, estos están asociados por lo general a Chlamydias.

El diagnóstico se da principalmente por manifestaciones clínicas y urocultivo con al menos 100.000 UFC/ml de un solo uropatógeno, de tener sintomatología urinaria pero no evidencia de infección bacteriológica entonces son clasificados como síndrome ureteral agudo.

El tratamiento es similar para bacteriuria asintomática, con manejo ambulatorio, debe realizarse también urocultivo control 1 a 2 semanas posterior al tratamiento.

Pielonefritis aguda: Infección de la vía urinaria alta y del parénquima renal que puede afectar a uno o ambos riñones, por lo general se presenta durante el último trimestre de la gestación y casi siempre es secundario a bacteriuria asintomática no tratada correctamente o no diagnosticada, la cual ocasiona diversos signos y síntomas los cuales alteran el estado general del paciente²³.

La clínica presenta fiebre, dolor lumbar intenso, cistitis, alteración del estado general, escalofríos y sudoración. En la exploración física encontramos puño percusión lumbar generalmente de un solo lado.

Tiene 1 a 2% de incidencia en todas las gestantes, estas tasas varían dependiendo si se hace o no el cribado de bacteriuria asintomática y la eficiencia del tratamiento (un adecuado tratamiento de BA disminuye 80% en la incidencia de pielonefritis). Los factores predisponentes son cálculos renales y ureterales así como el antecedente de bacteriuria asintomática.

Su diagnóstico consiste en manifestaciones clínicas las cuales se confirman con urocultivo con mínimo 10.000 UFC/ml de un uropatógeno único en una muestra de orina.

Durante el tratamiento el manejo debe ser en hospitalización teniendo en cuenta el monitoreo de latidos cardiacos fetales, dinámica uterina, estado general de la paciente, monitorización de funciones vitales. Se solicita ecografía obstétrica, hemograma, prueba de función renal, examen completo de orina y urocultivo previo al tratamiento antibiótico.

El tratamiento consiste en hidratación hasta conseguiré una diuresis mayor a 30 ml por hora, antipiréticos de ser necesario y tratamiento antibiótico empírico por 10 a 14 días con ceftriaxona 1 a 2 gr endovenoso cada 24 horas, cefazolina 1 a 3 gr endovenosos cada 8 horas o amikacina 15 mg kilo al día por vía endovenosa²⁵.

De persistir la fiebre por más de 72 horas, considerar absceso perirrenal, resistencia bacteriana, nefrolitiasis. Se debe solicitar ecografía renal. En caso de permanecer afebril por 48 horas o más, se debe cambiar los antibióticos de vía endovenosa a vía oral, también considerar la posibilidad de alta y permanecer con los antibióticos por vía oral durante 14 día. Se sugiere urocultivo control 1 a 2 semanas posterior al tratamiento.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

INFECCION DEL TRACTO URINARIO: Su definición está dada por el resultado positivo de urocultivo o por examen de orina con 10 o más leucocitos por campo. Las infecciones del trato urinario se clasifican de diferentes maneras: alta o baja, no complicada o complicada, aguda o crónica, sintomática o asintomática, comunitaria o nosocomial, nueva o recurrente.

AMENAZADA DE PARTO PRETERMINO: Es la presencia de contracciones uterinas con regularidad asociada a modificaciones cervicales presentadas entre la semana 20 y 36,6 de gestación, con membranas integras intactas, junto con una actividad uterina con frecuencia de 1 cada 10 minutos y 30 segundos de duración durante 60 minutos con presencia de modificaciones cervicales⁷.

ANTECEDENTE DE PARTO PRETERMINO: Según la OMS el parto pretérmino es aquel recién nacido vivo entre las 22 y 36,6 semanas de gestación. El antecedente se encuentra en la historia clínica.

TRABAJO DE PARTO PRETERMINO: Es lo mencionado anteriormente en amenaza de parto pretérmino, pero con un borramiento cervical mayor al 50% y una dilatación de 3 cm o más.

EDAD: Se considera como el tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta la actualidad contabilizado en años.

CONTROL PRENATAL: Se define como el conjunto de actividades y procedimientos realizados a la gestante con la finalidad de poder identificar factores de riesgo en ella o enfermedades que puedan afectar el curso normal de la gestación, lo aceptable son mínimo 6 controles antes del parto.

PARIDAD: Es el número total de embarazos que ha tenido una mujer, también están incluidos abortos si es que si es que hubiera tenido.

2.4 HIPÓTESIS

2.4.1 GENERAL

H(i): La infección del tracto urinario es un factor de riesgo para el desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el hospital Sergio E. Bernales de Julio a Diciembre del 2020.

H(o): La infección del tracto urinario no es un factor de riesgo para el desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el hospital Sergio E. Bernales de Julio a Diciembre del 2020.

2.4.1 ESPECÍFICAS

A. H(i): Existe asociación entre grupo etario y desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales de julio a diciembre del 2020.

H(o): No existe asociación entre grupo etario y desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales de julio a diciembre del 2020.

B. H(i): Existe asociación entre antecedente de parto pretérmino y desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales de julio a diciembre del 2020.

H(o): No existe asociación entre antecedente de parto pretérmino y desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales de julio a diciembre del 2020.

C. H(i): Existe asociación entre controles prenatales y desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales de julio a diciembre del 2020.

H(o): No existe asociación entre controles prenatales y desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales de julio a diciembre del 2020.

D. H(i): Existe asociación entre antecedente de paridad y desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales de julio a diciembre del 2020.

H(o): No existe asociación entre antecedente de paridad y desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales de julio a diciembre del 2020.

2.5 VARIABLES

En la presente investigación las variables de estudio clasifican en:

Variable dependiente: Amenaza de parto pretérmino

Variable independiente: Infección de tracto urinario

Adicionalmente se evaluarán las siguientes variables:

Grupo etario

Antecedente de parto pretérmino

Control prenatal completos

Paridad

2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Amenaza de parto pretérmino: Se define como la presencia de contracciones uterinas con regularidad asociada a modificaciones cervicales presentadas entre la semana 20 y 36 de gestación, con presencia de modificaciones cervicales (borramiento < 50% y dilatación < 2 centímetros).

Infección del tracto urinario: Ingreso de microorganismos patógenos a las vías urinarias, los cuales pueden o no presentar signos y síntomas sistémicos, siendo diagnosticado a través de urocultivo con una cantidad superior a 10 leucocitos por campo.

Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta la actualidad contabilizado en años.

< 30 años

≥ 30 años

Antecedente de parto pretérmino: Datos registrados en la historia clínica donde se mencione que la gestante haya presentado un antecedente de un embarazo que haya culminado antes de las 37 semanas.

Control prenatal: Conjunto de actividades y procedimientos que se le realiza a la gestante con la finalidad de poder identificar factores de riesgo en ella o enfermedades que puedan afectar el curso normal de la gestación.

Incompleto: No controlada (< 6 controles).

Completo: Controlada (≥ 6 controles).

Paridad: Se define como el número total de embarazos que ha tenido una mujer, incluyendo abortos.

Primipara: 0 a 1 hijos.

Multipara: ≥2 hijos.

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio tiene las siguientes características:

Observacional: No se asigna ni expone a ningún sujeto de estudio a ninguna variable. Los datos de cada una de las variables empleadas se generaron con el motivo de brindar una atención médica al paciente.

Transversal: Porque la recolección de datos se lleva a cabo en un solo momento en el tiempo.

Retrospectivo: El presente estudio se elaboró posterior a la generación y recolección de los datos, estando en el año 2021, se trabajarán con datos de julio a diciembre del año 2020.

Analítico: El fenómeno de estudio se centra en determinar la asociación de dos o más variables, se busca establecer una relación de causalidad entre la infección de tracto urinario y la amenaza de parto pretérmino, empleando el Odds Ratio obtenido por un modelo de regresión logística.

3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACION

El nivel de investigación es analítico de tipo correlacional.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN

Población de casos:

La población del estudio será constituida por gestantes con amenaza de parto pretérmino que acudieron y se atendieron en el servicio de

Ginecología del Hospital Sergio E. Bernales en el periodo de Julio a Diciembre del 2020.

Población de controles:

La población del estudio está constituida por gestantes sin amenaza de parto pretérmino que acudieron y se atendieron en el servicio de Ginecología del Hospital Sergio E. Bernales en el periodo de Julio a Diciembre del 2020.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CASOS

Criterios de inclusión

- Gestantes que presenten amenaza de parto pretérmino
- Gestantes con historias clínicas completas y legibles.
- Gestantes que según la historia clínica sean embarazo único.

Criterios de exclusión

- Óbitos fetales.
- Feto con malformaciones.
- Polihidramnios.

CONTROLES

Criterios de inclusión

- Gestantes que no presenten amenaza de parto pretérmino.
- Gestantes con historias clínicas completas y legibles.
- Gestantes que según historia sean embarazo único.

Criterios de exclusión

- Óbitos fetales.
- Feto con malformaciones.
- Polihidramnios.

MUESTRA

En el estudio se incluirá un total de 184 gestantes de las cuales 92 serán casos (gestantes con amenaza de parto pretérmino) y los otros 92 controles (gestantes sin amenaza de parto pretérmino).

Para el tamaño muestral se usó como referencia Kelsey et al, *Methods in Observational Epidemiology 2nd Edition*. Table 12 -15 el cual proporciona una muestra de 71 para casos y 71 para controles, también se usó como referencia Fleiss et al, *Statistical Methods for Rates and Proportions*, formulas 3.18 & 3.19 donde nos da un tamaño muestral de 70 para casos y 70 para controles. En el caso del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, debido a la alta incidencia de amenaza de parto pretérmino, el presente estudio se usará 92 casos y 92 controles, dando una muestra total de 184.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La presente tesis será revisada y aprobada por el Comité de Ética en investigación y permisos al área de archivo del Hospital Sergio E. Bernales, al cual se le solicitará el permiso pertinente para la aplicación del instrumento de recolección de datos en el que se identificaron a todos los casos que presentaron los criterios de inclusión y exclusión anteriormente mencionados, para luego pasar a revisar cada una de las historias clínicas. La ficha de recolección de datos fue diseñada por el investigador en los que figuran todos los datos necesarios para la realización del presente estudio.

En la ficha de recolección de datos se recopilarán los siguientes datos:

Amenaza de parto pretérmino, infección del tracto urinario, edad, antecedente de parto pretérmino, controles prenatales y paridad.

3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para recolectar los datos, será realizada mediante uso de instrumento el cual es la ficha de recolección de datos que mereció la realización de una validación, siendo el cuestionario de elaboración y la estructuración según la necesidad del estudio planteado con respecto a la historia clínica, que son los factores sociodemográficos, obstétricos y ginecológicos que se evaluaron para la hallar la relación con el desarrollo de amenaza de parto pretérmino.

El control de calidad se realizará mediante el uso de fichas técnicas las cuales fueron llenadas con los datos recogidos del departamento de estadística del Hospital Sergio E. Bernales, y no se tomaron en cuenta aquellas que no estuvieron adecuadamente llenadas, incompletas o que hayan estado comprendidas entre los datos que figuren en los criterios de exclusión.

3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos recopilados en la ficha de recolección de datos se ingresarán en una base de datos creado en una hoja de Excel que luego será transferido al programa estadístico SPSS versión 26 para el trabajo de análisis de datos cuyos resultados serán descritos mediante se reportará el OR, intervalos de confianza al 95% y nivel de significación de 0.05.

3.6 ASPECTOS ETICOS

Los datos que serán empleados para el presente estudio provienen de los pacientes atendidos en un establecimiento del seguro social de salud del Perú, cuya información pertenece al estado peruano, para contar con los permisos requeridos para el estudio, se enviará el presente documento a la oficina de capacitación y docencia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, la carta de aprobación se incluirá dentro de la sección anexos.

Se darán las garantías en la cual el presente estudio protegerá los derechos, respetará la dignidad, bienestar y seguridad de los pacientes que ingresaran al estudio de investigación, no existe riesgos, la carta de aprobación se incluirá dentro de la sección anexos.

El presente estudio será enviado al Comité Institucional de Ética en Investigación de la UPSJB antes de ejecutar la investigación.

Los datos se recolectarán mediante la ficha de recolección de datos, en el cual se cuidará la integridad y confidencialidad del paciente.

El investigador declara no tener ningún conflicto de interés que pudiera generar un sesgo respecto a los resultados y la interpretación de estos.

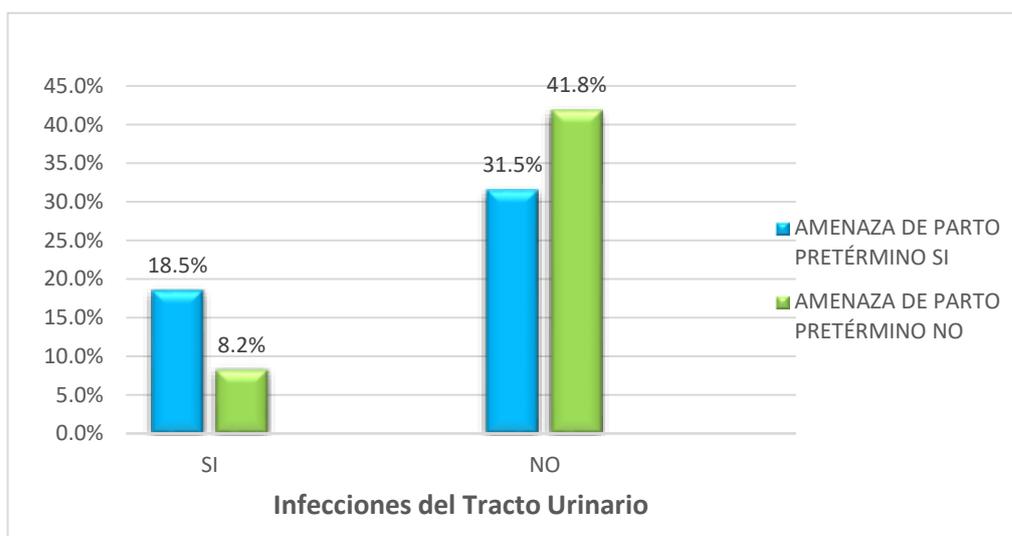
CAPITULO IV: ANALISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

TABLA N° 1: INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO Y AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2020

			AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO		Total	Chi-cuadrado	OR
			SI	NO			
INFECCION DEL TRACTO URINARIO	SI	n	34	15	49	X ² =10.041 p=0.002	3.009 IC 95%; 1.499-6.039
		%	18.5%	8.2%	26.7%		
	NO	n	58	77	135		
		%	31.5%	41.8%	73.3%		
Total		n	92	92	184		
		%	50.0%	50.0%	100.0%		

GRÁFICO N° 1. INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO Y AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2020

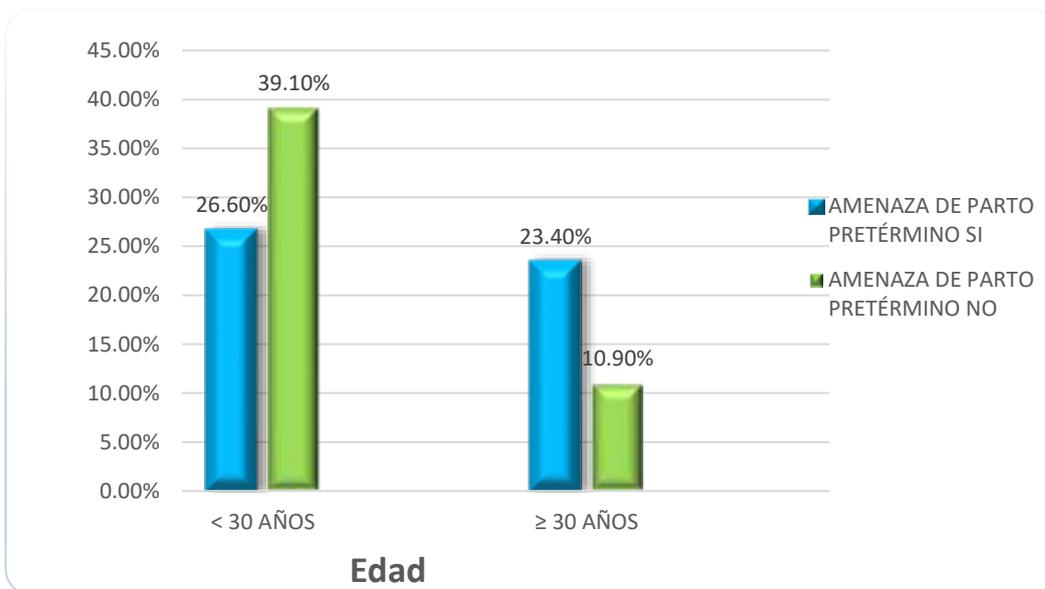


Interpretación: La infección del tracto urinario durante la gestación se presentó en un 26.7% (49), de dicho resultado el 18.5% (34) presentaron amenaza de parto pretérmino, en tanto que el 8.2% (15) no lo presentaron; también se demostró que existe relación estadística entre ambas variables con el valor Chi-cuadrado 10.041, con un p-valor=0.002; además, es un factor de riesgo que aumenta hasta 3 veces más la probabilidad de presentar amenaza de parto pretérmino durante la gestación OR=3.009 (IC 95%, 1.499-6.039).

TABLA N° 2: GRUPO ETARIO Y AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2020

		AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO		Total	Chi-cuadrado	OR
		SI	NO			
EDAD	< 30 AÑOS	n 49	n 72	n 121	X ² =12.769 p=0.000	3.159 IC 95%; 0.166- 0.602
	%	26.6%	39.1%	65.7%		
≥ 30 AÑOS	n 43	n 20	n 63			
%	23.4%	10.9%	34.3%			
Total	n 92	n 92	n 184			
%	50.0%	50.0%	100.0%			

GRÁFICO N° 2. GRUPO ETARIO Y AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2020

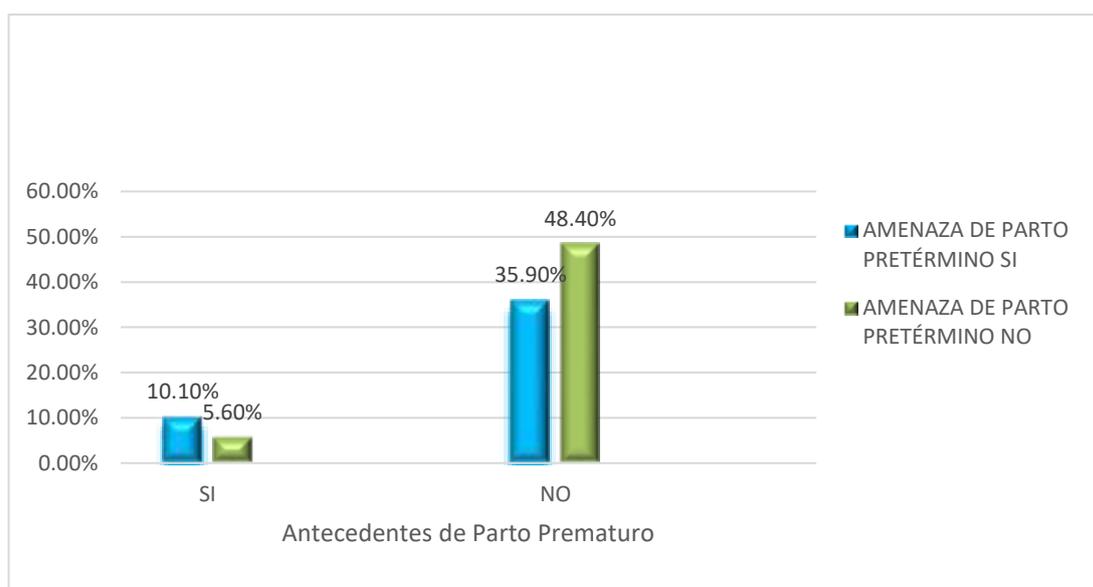


Interpretación: La edad más frecuente fueron pacientes menores de 30 años en un 65.7% (121), de dicho resultado el 26.6% (49) tuvieron amenaza de parto pretérmino; mientras que el 39.1% no estuvo presente, se aplicó la prueba Chi-cuadrado para buscar relación entre edad y amenaza de parto pretérmino la cual tuvo un valor de 12.769 (p-valor=0.000), demostrándose así que ambas variables tienen relación directa; además se halló un OR=3.159 (IC 95%; 0.166-0.602), el cual es un factor de protección.

TABLA N° 3. ANTECEDENTE DE PARTO PREMATURO Y AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2020

			AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO		Total	Chi-cuadrado	OR
			SI	NO			
ANTECEDENTE DE PARTO PREMATURO	SI	n %	32 10.1%	17 5.6%	49 15.7%	X ² =7.273 p=0.000	2.843 IC 95%; 1.253- 5.639
	NO	n %	60 35.9%	75 48.4%	135 84.3%		
Total		n %	92 50.0%	92 50.0%	184 100.0%		

GRÁFICO N°3. ANTECEDENTE DE PARTO PREMATURO Y AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2020

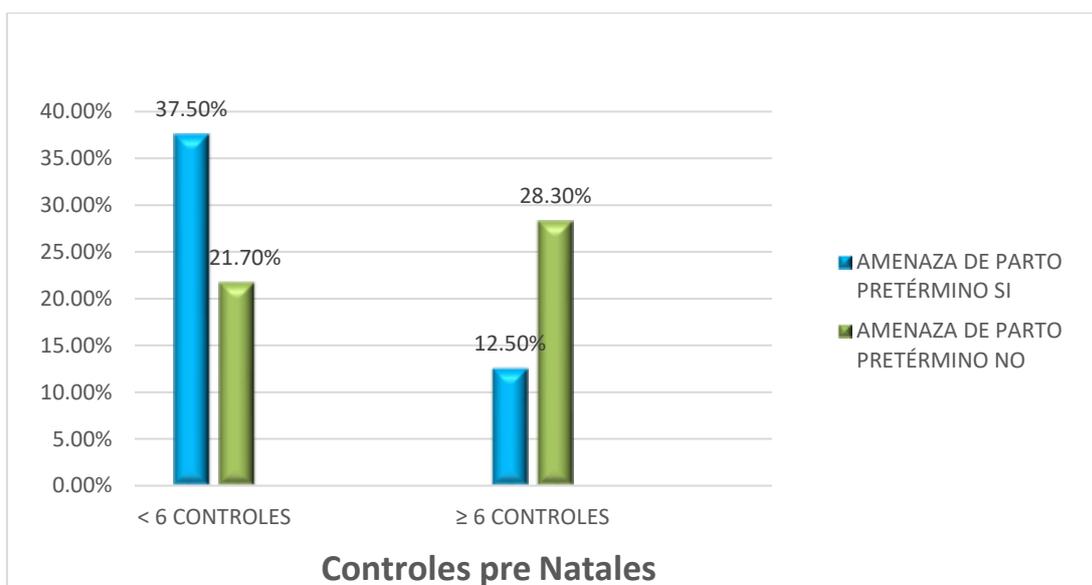


Interpretación: El antecedente de amenaza de parto pretérmino estuvo presente en el 15.8% (29) de las gestantes, de dicho resultado el 14.1% (26) volvieron a presentar amenaza de parto pretérmino en el último embarazo, el 1.6% (3) no lo presento, además, se halló relación directa entre amenaza de parto pretérmino previa y presencia de amenaza de parto pretérmino con valor Chi-cuadrado igual a 7.273 (p-valor=0.000); y OR igual a 2.843 (IC 95%; 1.253-5.639) con el cual demuestra un factor de riesgo.

TABLA N° 4: CONTROLES PRENATALES Y AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2020

			AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO		Total	Chi-cuadrado	OR
			SI	NO			
CONTROLES PRENATALES	< 6 CONTROLES	n %	69 37.5%	40 21.7%	109 59.2%	X ² =18.929 p=0.000	3.900 IC 95%; 2.084- 7.298
	≥ 6 CONTROLES	n %	23 12.5%	52 28.3%	75 40.8%		
Total		n %	92 50.0%	92 50.0%	184 100.0%		

GRÁFICO N° 4. CONTROLES PRENATALES Y AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2020

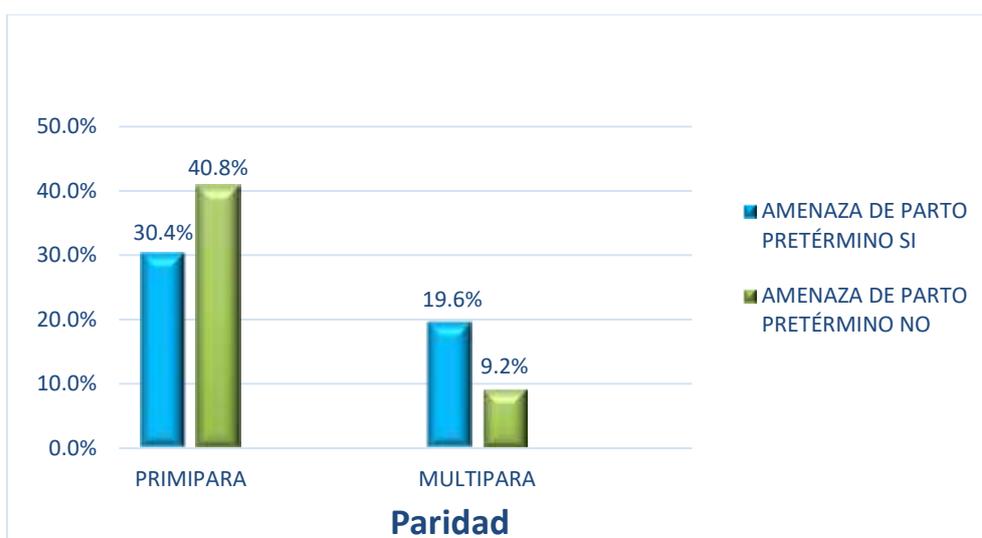


Interpretación: En los controles prenatales el 59.2% (109) del total refirieron tener menos de 6 controles prenatales; de dicho resultado el 37.5% (69) presentaron amenaza de parto pretérmino, sin embargo, el 21.7% (40) no lo presento; al evaluar la relación del número de controles prenatales y amenaza de parto pretérmino, se encontró un valor chi-cuadrado de 18.292, con un valor-p=0.000; demostrando significancia estadística; con un OR de 3.9, es decir que la falta de controles prenatales es un riesgo para el desarrollo de ruptura prematura de membranas.

TABLA N° 5: PARIDAD Y AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2020

			AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO		Total	Chi-cuadrado	OR
			SI	NO			
PARIDAD	NO MULTIPARA	n	56	75	131	X ² =9.567 p=0.002	0.353 IC 95%; 0.180-0.691
		%	30.4%	40.8%	71.2%		
	MULTIPARA	n	36	17	53		
		%	19.6%	9.2%	28.8%		
Total		n	92	92	184		
		%	50.0%	50.0%	100.0%		

GRÁFICO N° 5. PARIDAD Y AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2020



Interpretación: En el caso de paridad, en las primíparas se presentó en el 71.2% (131), de dicho resultado el 30.4% (56) presentaron amenaza de parto pretérmino y el 40.8% (75) no lo presentaron, al realizarse la prueba Chi-cuadrado se obtuvo un valor de 9.567, y un valor-p=0.002, demostrándose relación estadística entre la paridad y amenaza de parto pretérmino; el OR=0.353 (IC 95%; 0.180-0691), es decir que la primiparidad es un factor de protección frente a la amenaza de parto pretérmino.

TABLA N° 6. FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2020

FACTORES	AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO				Chi-cuadrado	OR	
	SI		NO				
	n	%	n	%			
EDAD	≥ 30 AÑOS	43	46.7%	20	21.7%	X ² =12.769 p=0.000	3.159
	< 30 AÑOS	49	53.3%	72	78.3%		
CONTROLES PRENATALES	< 6 CONTROLES	69	75.0%	40	43.5%	X ² =18.929 p=0.000	3.900
	≥ 6 CONTROLES	23	25.0%	52	56.5%		
PARIDAD	PRIMIPARA	56	60.9%	75	81.5%	X ² =9.567 p=0.002	0.353
	MULTIPARA	36	39.1%	17	18.5%		
INFECCION DEL TRACTO URINARIO	SI	34	37.0%	15	16.3%	X ² =10.041 p=0.002	3.009
	NO	58	63.0%	77	83.7%		
ANTECEDENTE DE PARTO PRETÉRMINO	SI	32	19.3%	17	12.3%	X ² =7.273 p=0.000	2.843
	NO	60	71.7%	75	96.7%		

Interpretación: En relación a las variables que se relacionan con amenaza de parto pretérmino se observa que la edad (< 30 años) y primiparidad son factores de protección ante la amenaza de parto pretérmino; mientras que infección del tracto urinario, antecedente de parto pretérmino y controles prenatales inferiores a 6, son un factor de riesgo de para presentar amenaza de parto pretérmino.

4.2. DISCUSIÓN

La amenazada de parto pretérmino es un problema que afecta gravemente la salud no solo de Perú sino también a nivel mundial ya que deja graves complicaciones materno neonatal, llegando incluso a la muerte del recién nacido, es por eso que se debe poner énfasis en cambiar la situación actual de este problema.

Se debe diferenciar entre la amenaza de parto pretérmino y el trabajo de parto pretérmino, en este ultimo la dinámica uterina es igual o mayor a la descrita en amenaza de parto pretérmino, pero con la diferencia que en el trabajo de parto pretérmino se presentan modificaciones cervicales como borramiento cervical mayor al 50% y dilatación de 3 cm o más⁷.

Se puede concluir que la amenaza de parto pretérmino sin tratamiento o con tratamiento fallido puede terminar en un trabajo de parto pretérmino ocasionando los problemas en salud mencionados anteriormente¹⁶.

El presente estudio confirma la infección del tracto urinario se asocia significativamente a un mayor riesgo del desarrollo de amenaza de parto pretérmino en las gestantes que acuden al Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Se observó que las gestantes con infección del tracto urinario tuvieron 3,009 veces más la probabilidad de desarrollar dicha patología sobre las gestantes que no tuvieron infección del tracto urinario.

Comparando este resultado con la literatura usada para el presente estudio, se observa que los resultados de este estudio están en referencia a varios estudios en todo el mundo^{12,13,14,15,25}, en los cuales se observa que la ITU incrementa la probabilidad de desarrollar amenaza de parto pretérmino.

Respecto a la edad, la mayoría de casos se presentó en pacientes menores de 30 años con una probabilidad de 3.159 mayor de desarrollar amenaza de parto pretérmino, en comparación con dos estudios realizados en diferentes países, se encontraron que también cursan con mayor frecuencia de presentar amenaza de parto pretérmino las pacientes menores de 30 años^{8,12,14}.

Además, se observa una que la probabilidad aumenta con relación a la edad de la persona ya que, en pacientes menores de 17 años, la probabilidad de tener amenaza de parto pretérmino es aún mayor¹².

Respecto al antecedente de parto pretérmino, se obtuvo que hay un riesgo 2.843 veces mayor a tener amenaza de parto pretérmino en pacientes que tengan dicho antecedente, este resultado coincide con diversos estudios nacionales e internacionales^{9,11,15}, en los cuales el OR respecto al antecedente de parto prematuro está entre 1.556 y 7.034.

Se encontró que las pacientes con controles prenatales insuficientes, tiene una probabilidad 3.9 veces mayor de tener amenaza de parto pretérmino respecto a las gestantes con un adecuado control, dicho resultado coincide con dos estudios nacionales en los que un inadecuado control prenatal conlleva a un OR de 2.644 y 4.8889^{8,9}, pero no coincide con el estudio de Karina Huaroto respecto a “Factores de riesgo materno, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino en un hospital público de Ica” en el cual los controles prenatales insuficientes representan un riesgo de 0.237 veces mayor respecto a una persona con controles prenatales adecuados¹¹.

El estudio realizado por Cruz R. encontró que el 48% de pacientes que no realizaron su control prenatal y el 39% que tuvieron un control prenatal insuficiente, presentaron amenaza de parto pretérmino¹⁴.

Respecto a la paridad se obtuvo un resultado de 0.353 indicando que no hay asociación, dicho resultado no coincide con el estudio de prenatal conlleva a un OR de 2.644 y 4.8889^{8,9}, pero no coincide con el estudio de Karina Huaroto respecto a “Factores de riesgo materno, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino en un hospital público de Ica” el cual indica que el OR respecto a la variable paridad es de 1.012 para nulíparas y 1.420 para multíparas.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

En el presente estudio se halló asociación significartiva entre la infección del tracto urinario como factor de riesgo para el desarrollo de amenaza de parto pretérmino, encontrando una probabilidad de 3.009 mayor de desarrollarla, dicho resultado coincide en varios estudios como factor de riesgo de amenaza de parto pretérmino.

Las gestantes menores de 30 años tienen una probabilidad 3 veces mayor de desarrollar amenaza de parto pretermino respecto a las gestantes mayores de 30 años.

Los controles prenatales inadecuados son en este estudio el principal factor de riesgo para el desarrollo de amenaza de parto pretermino, aumentando la probabilidad 3.9 veces mayor de desarrollarlo.

La multiparidad resultó en el presente estudio ser el único factor protector para el desarrollo de amenaza de parto pretermino, teniendo el OR un valor de 0.353.

Las variables estudiadas fueron edad, controles prenatales incompletos, antecedente de parto pretermino e infeccion del trato urinario siendo estas factores de riesgo, sin embargo, la variable paridad tambien estudiada resulto ser un factor protector al no hallarse asociasion estadisticamente significativa entre dicha variable con infección del tracto urinario.

5.2 RECOMENDACIONES

Diseñar estrategias sanitarias estructuradas que puedan lograr una mayor acogida y aceptación por parte de la población en edad fértil, sobre todo a gestantes.

Realizar campañas informativas a las mujeres menores de 30 años sobre el uso de preservativos, número de parejas sexuales y adecuada higiene íntima, ya que esas son las principales causas de infección del tracto urinario.

Hacer que la población gestante tome conciencia respecto a un adecuado control prenatal mediante campañas en centros de salud y otros establecimientos, ya que, en estos procedimientos de prevención secundaria, se realizan todos los exámenes de rutina, el cual está incluido el examen de orina, al tener este un resultado positivo debe recibir un adecuado tratamiento y así evitar el desarrollo de amenaza de parto pretérmino que conlleva al parto pretérmino.

Si bien la multiparidad resulta ser un factor protector respecto al desarrollo de amenaza de parto pretérmino, se recomienda cumplir todas las medidas preventivas y controles prenatales adecuados.

Por último, se debe ampliar las investigaciones en este campo, debido a que son pocos los estudios realizados en nuestra población.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. World Health Organ, March of Dimes, Partnership for Maternal. Newborn & Child health, Save the Children. Born too soon: The global action report on preterm birth 2018 .
2. World Health Organ Statistical Information System (WHOSIS). Low birth weight newborns. 2018.
3. Las consecuencias económicas de parto prematuro durante los 10 años de vida. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 2017:vol.30:15-26.
4. Gonzales J, et al Parto pretermino. El Servier. 2016 (5ta):112. 558-611.
5. Instituto Materno Perinatal et al Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología . Lima-Perú: Instituto Materno Perinatal; 2019p 106-114.
6. Cruz Trinidad M. et al “Factores de riesgo Maternos Preconcepcionales y Concepcionales del “Parto Pretermino en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa (Título Profesional)”. Universidad Mayor de San Marcos;2018.
7. Minsa. Guía de práctica clínica para la atención, diagnóstico y tratamiento de la Amenaza de Trabajo de Parto Pretermino y Trabajo de Parto Pretérmino . Lima-Perú: Minsa; 2018 p. 1-75.
8. Huamán S, et al Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de ginecología y obstetricia. Hospital María Auxiliadora. Artículo científico, Lima, Perú. Revista Facultad de Medicina Humana 2017;17(1):32-42.
9. Rodríguez D, et al Factores de riesgo materno asociados a parto pretérmino. Hospital Regional Docente. Tesis, Trujillo, Perú. Universidad Cesar Vallejo; 2017.
10. Rodríguez I, et al Prevalencia de bacteriuria asintomática en gestantes. Puesto de salud San Martín. Tesis, Trujillo, Perú. Universidad nacional de Trujillo; 2016.

11. Huaroto K, et al Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino. Artículo científico, Ica, Perú. Revista médica Panacea. 2018 :3(2):27 – 31.
12. Acosta J, et al Prevalencia de infección de vías urinarias en pacientes hospitalizadas con amenaza de parto pretérmino, Culiacán, México. Revista Ginecología y Obstetricia de México. 2017:82:(11): 737-743.
13. Giraldo P, et al The Prevalence of Urogenital Infections in Pregnant Women Experiencing Preterm and Full-Term Labor, Rio Grande, Brasil. Revista Mediciego. 2017:21:(3).
14. Cruz R, et al Identificación de factores de riesgo en el parto pre termino. Artículo científico, Guayaquil, Ecuador. Revista Ciencia UNEMI. 2018:26(11):134 – 142.
15. Retuerta S, et al Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes, Articulo científico, Municipio Ciego del Avila, Cuba. Revista Scielo. 2018 ISSN 1727-897.
16. Williams obstetricia 23va edición. Cunningham. Leveno.Blom.Parto prematuro. P.163 – 167.
17. Diagnóstico y Manejo del Parto Pretérmino. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2017.
18. Minsal et al Guía Clínica Prevención del Parto Prematuro. Santiago de Chile.Minsal;2017.
19. Williams obstetricia 23va edición et al Cunningham, Leveno, Blom. Parto prematuro. P. 810-814.
20. Gómez Ticona R. et al Prevalencia de amenaza de parto pretérmino y su asociación con la infección del tracto urinario en el Centro se Salud Rosas Pampa, Enero – Marzo 2016 (Título Profesional) 2016.
21. J.Lefevre, D. et al Pracitcal Therapeutics: Urinary Tract Infections during Pregnancy. American Family Physician. 200:61(3).

22. Meyrier A. et al Urinary tract Infection. Atlas of diseases of Kidney. 199:2(7).
23. Infección Urinaria y embarazo. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2015:29.
24. Campos Solórzán T. et al Factores de riesgo conductuales para bacteriuria asintomática en gestantes. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2018:59(4).
25. Rosas Lozano, O et al Infección de Vías Urinarias como causa principal de amenaza de parto prematuro en pacientes en el servicio de ginecología en el centro obstétrico de Hospital Provincial Docente Ambato (Título Profesional) Universidad Técnica de Ambato;2018.
26. Smaill F, et al Antibióticos para la bacteriuria asintomática en el embarazo. Revisión Cochrane traducida. 2016:2.
27. Shrim A. et al Pharmaceutical Agents and Pregnancy in Urology practice. Urol Clin Nam. 2017:34.27-33.
28. Mittal P. et al Urinary Tract Infections in Pregnancy. Clinics in Perinatology 2015:32. 749-764.
29. Sweet R. et al Urinary Tract Infection in pregnancy. Infectious Diseases of The female Genital Tract. 2016.
30. Macejko A. et al Asymptomatic bacteriuria and symptomatic urinary tract infections during pregnancy. UrolClin N AM, 2017:34:35-42

ANEXOS

ANEXO N° 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

ALUMNO: Martínez Ramos Alfredo Jhonatan.

ASESOR: Dr. Juan Roque Quezada.

LOCAL: Hospital Sergio E. Bernales.

TEMA: Infección del tracto urinario como factor de riesgo asociado al desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el hospital Sergio E. Bernales de Julio a Diciembre del 2020.

VARIABLE DEPENDIENTE			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Amenaza de parto pretérmino	Pregunta 2	Nominal	Tococardiógrafo
VARIABLE INDEPENDIENTE			
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Infección del tracto urinario	Pregunta 3	Nominal	Historia clínica
Grupo etario	Pregunta 4	Nominal	Historia clínica
Antecedente de parto prematuro	Pregunta 5	Nominal	Historia clínica
Controles prenatales	Pregunta 6	Nominal	Historia clínica
Paridad	Pregunta 7	Nominal	Historia clínica



.....
Dr. Juan Roque Quezada
 Docente que realiza Investigación
 Escuela Profesional de Medicina Humana
 Universidad Privada San Juan Bautista



.....
MSc. CLAUDIO J. FLORES
 Docente Investigador
 Escuela Profesional de Medicina Humana
 Universidad Privada San Juan Bautista

ANEXO N° 02. INSTRUMENTO – FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Infección del tracto urinario como factor de riesgo para el desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el hospital Sergio E. Bernal de Julio a Diciembre del 2020.

FICHA N° _____

Nro. HC: _____

1. Gestante entre 22 y 36 semanas de gestación:

SI () NO ()

2. Presenta amenaza de parto pretérmino

SI () NO ()

3. Presenta infección del tracto urinario:

SI () NO ()

4. Edad Materna: () años

5. Antecedente de parto prematuro:

SI () NO ()

6. Controles prenatales: (....)

Incompletos: No controlada (< 6 controles) ()

Completos: Controlada (≥ 6 controles) ()

7. Paridad: (....)

No multipara (< 2 partos) ()

Multipara (≥ 3 partos) ()



ANEXO N° 3. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO – CONSULTA DE EXPERTOS INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

I.- DATOS GENERALES

1. Apellidos y Nombres del Experto: Dr. Juan Roque Quezada
2. Cargo e Institución donde labora: Asesor / Docente de la UPSJB
3. Tipo de Experto: Metodólogo
4. Nombre del Instrumento: Ficha de Recolección de datos
5. Autor del Instrumento: Martínez Ramos Alfredo Jhonatan

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 con los avances de la teoría sobre complicaciones infecciosas en trasplante renal.					X
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					X
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					X
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer relación de los factores asociados a complicaciones infecciosas en trasplante renal.					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, observacional, retrospectivo y transversal.					X

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

100%

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN:

Lugar y fecha: Lima 08 Abril del 2021



DNI: 45914991
Teléfono: 945558094

.....
Dr. Juan Roque Quezada
Docente que realiza Investigación
Escuela Profesional de Medicina Humana
Universidad Privada San Juan Bautista

CONSULTA DE EXPERTOS

I.- DATOS GENERALES

1. Apellidos y Nombres del Experto: Msc. Claudio J. Flores
2. Cargo e Institución donde labora: Docente Investigador
3. Tipo de Experto: Estadístico
4. Nombre del Instrumento: Ficha de Recolección de datos
5. Autor del Instrumento: Martínez Ramos Alfredo Jhonatan

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 con los avances de la teoría sobre complicaciones infecciosas en trasplante renal.					X
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					X
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					X
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer relación de los factores asociados a complicaciones infecciosas en trasplante renal.					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, observacional, retrospectivo y transversal.					X

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN:

100%



.....
Msc. CLAUDIO J. FLORES
 Docente Investigador
 Escuela Profesional de Medicina Humana
 Universidad Privada San Juan Bautista

Lugar y fecha: Lima 08 abril del 2021
 DNI: 09485870

CONSULTA DE EXPERTOS

I.- DATOS GENERALES

1. Apellidos y Nombres del Experto: Dr. Oscar Otoya Petit
2. Cargo e Institución donde labora: Jefe de Ginecología HNSEB
3. Tipo de Experto: Experto
4. Nombre del Instrumento: Ficha de Recolección de datos
5. Autor del Instrumento: Martínez Ramos Alfredo Jhonatan

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 con los avances de la teoría sobre complicaciones infecciosas en trasplante renal.					X
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					X
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					X
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer relación de los factores asociados a complicaciones infecciosas en trasplante renal.					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, observacional, retrospectivo y transversal.					X

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN:

95%



Lugar y fecha: Lima 08 Abril del 2021
 DNI: 08498700
 Teléfono:999142133

ANEXO N° 4. MATRIZ DE CONSISTENCIA

ALUMNO: Martínez Ramos Alfredo Jhonatan

ASESOR: Dr. Juan Roque Quezada

LOCAL: Hospital Sergio E. Bernales

TEMA: Infección del tracto urinario como factor de riesgo para el desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales de Julio a Diciembre del 2020

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	Variables ^E INDICADORES
<p>General: PG: ¿La infección del tracto urinario es un factor de riesgo para el desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales de Julio a Diciembre del 2020?</p> <p>Específicos: PE 1: ¿Cuál es la relación entre el grupo etario y la amenaza de parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales de Julio a Diciembre del 2020?</p> <p>PE 2: ¿Cuál es la relación entre antecedente de parto pretérmino y la amenaza de</p>	<p>General: OG: Determinar si existe relación entre Infección del Tracto urinario y desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales de Julio a Diciembre del 2020.</p> <p>Específicos: OE 1: Determinar la asociación entre grupo etario y desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales de julio a diciembre del 2020.</p> <p>OE 2: Establecer la asociación entre antecedente de parto pretérmino y desarrollo de</p>	<p>General: HG: La infección del tracto urinario es un factor de riesgo al desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el hospital Sergio E. Bernales de Julio a Diciembre del 2020.</p> <p>Específicas: HE1: Existe asociación entre grupo etario y desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales de julio a diciembre del 2020.</p> <p>HE2: Existe asociación entre antecedente de parto pretérmino y desarrollo de amenaza de parto</p>	<p>Variable Independiente: Infección del tracto urinario</p> <p>Variable Dependiente: Amenaza de parto pretérmino</p> <p>Variables adicionales: Edad Antecedente de parto pretérmino Control prenatal Paridad</p>

<p>parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales de Julio a Diciembre del 2020?</p> <p>PE 3: ¿Cuál es la relación entre controles prenatales completos y la amenaza de parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales de Julio a Diciembre del 2020?</p> <p>PE 4: ¿Cuál es la relación entre paridad y la amenaza de parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales de Julio a Diciembre del 2020?</p>	<p>amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales de julio a diciembre del 2020.</p> <p>OE 3: Comprobar la asociación entre controles prenatales y desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales de julio a diciembre del 2020.</p> <p>OE 4: Establecer la asociación entre antecedente de paridad y desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales de julio a diciembre del 2020.</p>	<p>pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales de julio a diciembre del 2020.</p> <p>HE3: Existe asociación entre controles prenatales y desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales de julio a diciembre del 2020.</p> <p>HE4: Existe asociación entre antecedente de paridad y desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales de julio a diciembre del 2020.</p>	
--	---	---	--

DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	DISEÑO DE RECOLECCION DE DATOS
<p>Nivel: Explicativo y no experimental.</p> <p>Tipo de Investigación: El tipo de estudio será observacional, analítico, de casos y controles, retrospectivo y transversal.</p>	<p>Población: La población objetivo es aquella que cumplió con los criterios de elegibilidad mencionados anteriormente, obteniéndose así un número total de 92 casos y 92 controles.</p> <p>Objetivo: La población objetivo es aquella que cumplió con los criterios de elegibilidad ya mencionados.</p> <p>Muestra: Al ser una población reducida se trabajara con la muestra completa de 184 pacientes de la unidad de ginecología y obstetricia del Hospital Sergio E. Bernales.</p>	<p>Técnica: Documental SPSS</p> <p>Instrumento: Ficha de recolección de datos.</p>



.....
Dr. Juan Roque Quezada
 Docente que realiza Investigación
 Escuela Profesional de Medicina Humana
 Universidad Privada San Juan Bautista



.....
MSc. CLAUDIO J. FLORES
 Docente Investigador
 Escuela Profesional de Medicina Humana
 Universidad Privada San Juan Bautista

ANEXO N°5. ACTA DE APROBACIÓN POR EL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES



Hospital Nacional Sergio E. Bernales

Comité Institucional de Ética en Investigación

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

ACTA N° 21-0022

CÓDIGO DE PROYECTO: N°0022

ACTA DE EVALUACIÓN ÉTICA

El presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Nacional Sergio E. Bernales hace constar que el proyecto de investigación denominado "Infección del tracto urinario como factor de riesgo para el desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales de julio a diciembre del 2020" presentado por el investigador: Martínez Ramos Alfredo Jhonatan, ha sido **APROBADO** por garantizar el cumplimiento de los lineamientos metodológicos y éticos establecidos por el Comité Institucional de Ética en Investigación.

La aprobación del proyecto de investigación tiene una vigencia desde la emisión del presente documento hasta el 28 de abril del 2022.

Lima, 28 de abril del 2021


MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES
Mg. ALEJANDRO V. PÉREZ VALLE
Presidente de Comité Institucional de Ética en Investigación-ICEE
CNP 22523 846 1561

ANEXO N°6. AUTORIZACION PARA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES



PERÚ
Ministerio
de Salud

HOSPITAL SERGIO E.
BERNALES

OFICINA DE APOYO A LA
DOCENCIA E
INVESTIGACIÓN

COMITÉ DE ÉTICA EN
INVESTIGACIÓN

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres"
"Año del Bicentenario: 200 Años de Independencia"

MEMORANDO N° 021 - CIEI-HSEB-2021

A : Sr. Alfredo Jhonatan Martínez Ramos
ASUNTO : Autorización para aplicación de instrumento
FECHA : Comas, 04 de mayo de 2021

Mediante el presente me dirijo a usted, para comunicarle que el Comité Institucional de Ética en Investigación del HSEB, luego de revisar su trabajo de investigación titulado: "INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO COMO FACTOR DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO, EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES DE JULIO A DICIEMBRE 2020".

Aprueba su trabajo mediante Acta N° 022 y se le brinda la autorización para la aplicación del instrumento de investigación.

Es todo cuanto comunico a usted según lo solicitado.

Atentamente

.....


Alejandro Víctor Pérez Valle
Presidente del Comité de Ética en Investigación

ANEXO N°7: PORCENTAJE DE COINCIDENCIAS URKUND



Document Information

Analyzed document	TESIS MARTINEZ RAMOS ALFREDO.docx (D109643102)
Submitted	6/24/2021 4:06:00 PM
Submitted by	Juan Carlos Ezequiel Roque Quezada
Submitter email	JUAN.ROQUE@UPSJB.EDU.PE
Similarity	12%
Analysis address	juan.roque.upsjb@analysis.orkund.com

Sources included in the report

SA	Universidad Privada San Juan Bautista / TESIS HARUMI CORREGIDA (1).doc Document TESIS HARUMI CORREGIDA (1).doc (D107740600) Submitted by: LUJIS.FLORIAN@UPSJB.EDU.PE Receiver: luis.florian.upsjb@analysis.orkund.com		1
W	URL: http://repositorio.upsb.edu.pe/bitstream/UPSJB/170/1/LLANCARI_M_TESIS.pdf Fetched: 3/2/2021 7:11:35 PM		4
SA	Universidad Privada San Juan Bautista / Guillen Damian Annabeth Alessandra 16 MAYO.docx Document Guillen Damian Annabeth Alessandra 16 MAYO.docx (D105513743) Submitted by: roy.angulo@upsjb.edu.pe Receiver: roy.angulo.upsjb@analysis.orkund.com		7
W	URL: http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1275/78%20TESIS%20HIPOLITO%20PINTO.pdf?sequence=1&isAllowed=y Fetched: 12/4/2020 5:10:26 AM		1
SA	Universidad Privada San Juan Bautista / ROBERTO QUINTANA BAYONA - PARTO PRETERMINO.docx Document ROBERTO QUINTANA BAYONA - PARTO PRETERMINO.docx (D100699447) Submitted by: JUAN.ROQUE@UPSJB.EDU.PE Receiver: juan.roque.upsjb@analysis.orkund.com		5
W	URL: http://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/UNJFSC/3892/TESIS%20PRE%20GRADO.pdf?sequence=1&isAllowed=y Fetched: 6/11/2021 5:24:40 AM		1
SA	1A_HUACASI_JIMENEZ_KAREN_EDIT_TITULO_PROFESIONAL_2020.docx Document 1A_HUACASI_JIMENEZ_KAREN_EDIT_TITULO_PROFESIONAL_2020.docx (D74034682)		9