



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO

**INFECCIONES GESTACIONALES COMO FACTOR DE RIESGO  
EN PARTO PRETÉRMINO HOSPITAL DE POLICÍA LUIS**

**NICASIO SAENZ 2017**

**PRESENTADA POR  
EMILENE GIOVANNA ENRIQUETA GAVA TELLO**

**ASESORA  
ROSA ANGÉLICA GARCÍA LARA**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN  
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**LIMA – PERÚ  
2018**



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual**  
**CC BY-NC-SA**

La autora permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO**

**INFECCIONES GESTACIONALES COMO FACTOR DE RIESGO EN  
PARTO PRETÉRMINO HOSPITAL DE POLICÍA LUIS NICASIO  
SAENZ 2017**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN  
PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR  
EMILENE GIOVANNA ENRIQUETA GAVA TELLO**

**ASESOR  
MTRA. ROSA GARCÍA LARA**

**LIMA, PERÚ  
2018**

## ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	i
<b>Índice</b>	ii
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1 Descripción del problema	4
1.2 Formulación del problema	6
1.3 Objetivos	6
1.4 Justificación	6
1.5 Viabilidad y factibilidad	8
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Antecedentes	9
2.2 Bases teóricas	15
2.3 Definiciones de términos básicos	25
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	
3.1 Formulación de la hipótesis	27
3.2 Variables y su operacionalización	28
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA</b>	
4.1 Tipos y diseño	29
4.2 Diseño muestral	29
4.3 Técnica y procedimiento de recolección de datos	31
4.4 Procesamiento y análisis de datos	32
4.5 Aspectos éticos	33
<b>CRONOGRAMA</b>	35
<b>PRESUPUESTO</b>	36

**ANEXOS**

1. Matriz de consistencia
2. Instrumento de recolección de datos

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción del problema**

Las infecciones gestacionales son un problema de salud que se presenta a nivel mundial, debido a diferentes causas que pueden provocar problemas serios a nivel del proceso de gestación, en el mundo existe diferentes estadísticas que nos hablan acerca de un gran número de gestantes infectadas sobre todo en países del tercer mundo donde los cuidados gestacionales son casi nulos.

Las autoridades sanitarias están en la búsqueda constante de estrategias sanitarias que busquen disminuir este problema de salud que pone en riesgo la vida y la salud de dos seres humanos. En ese sentido, la Organización Mundial de la Salud ha planteado reducir el número de infecciones gestacionales a través de una campaña que busque sensibilizar a la población sobre los cuidados que se deben tener en el proceso de gestación y de los peligros que estos pueden presentar.

En nuestro país, es más que conocido que existe una gran cantidad de gestantes, sobre todo en las zonas alejadas de las capitales, que no realizan un control gestacional adecuado, lo que conlleva en muchos casos a complicaciones durante el parto; en el mejor de los casos, a muertes fetales o a compromiso en la salud de la gestante, si bien es conocida las limitaciones de los profesionales de salud para poder llegar a toda la población, debido a lo difícil que resultan los accesos y en los casos donde hay profesionales, la población no acepta la

atención, ya sea por temor o desconocimiento lo que resulta muy complicado de poder tratar este tema de salud en nuestro país.

En el Hospital de Policía Luis Nicasio Sáenz, se presentan ,a diario, gestantes con problemas de amenaza de parto pretérmino donde se ha podido identificar que en muchos de estos casos, la paciente se encuentra con alguna enfermedad infecciosa, por lo que se pretende realizar una investigación que nos permita poder determinar la relación real de estas infecciones con los partos pretérminos que se presentan a diario en el servicio de Ginecología y Obstetricia ya que se podría adoptar medidas de prevención en favor de las gestantes y sus productos.

En el Hospital de Policía Luis Nicasio Sáenz, existen profesionales capacitados para atender este tipo de pacientes además cuenta con la infraestructura y equipos necesarios para poder realizar las atenciones. El Hospital de Policía es un hospital de referencia donde se presentan los casos más complicados que vienen de referencia de los demás establecimientos de salud de área policial.

El Hospital de Policía cuenta con los laboratorios y personal tecnológico médico capacitados para poder realizar la identificación de los agentes microbianos, así como de sala de operaciones para tender cualquier situación que acelere el proceso de parto por vía cesárea, además se cuenta con sala de neonatología y profesionales enfermeras capacitadas en el trato a los recién nacidos pretérminos y obstetras especializadas en el manejo de gestantes con riesgo de parto pretérmino.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Son las infecciones gestacionales el principal factor de riesgo para parto pretérmino en el Hospital de Policía Luis Nicasio Sáenz en 2017?

## **1.3 Objetivos**

### **Objetivo general**

Determinar si las infecciones gestacionales son el principal factor de riesgo para parto pretérmino en el Hospital de Policía Luis Nicasio Sáenz, en 2017.

### **Objetivos específicos**

Determinar si la infección gestacional es el principal factor de riesgo para parto pretérmino de acuerdo a los antecedentes maternos en el Hospital de Policía Luis Nicasio Sáenz, en 2017.

Determinar si la infección gestacional es el principal factor de riesgo para parto pretérmino de acuerdo a las condiciones maternas en el Hospital de Policía Luis Nicasio Sáenz, en 2017.

Determinar si la infección gestacional es el principal factor de riesgo para parto pretérmino de acuerdo a las condiciones epidemiológicas en el Hospital de Policía Luis Nicasio Sáenz, en 2017.

## **1. 4. Justificación**

La realización de esta investigación resulta de mucha importancia debido a que como se ha descrito ampliamente en la literatura, las complicaciones que puede



presentar un neonato prematuro pueden ser diversas, de modo que una infección gestacional puede poner en riesgo la vida de dos seres humanos, sobre todo que esta causa se podría prevenir si existieran controles gestacionales adecuados que nos permitan poder adoptar medidas terapéuticas a las gestantes y que no pongan en peligro al producto durante el proceso de gestación.

Las infecciones gestacionales pueden ser adquiridas de diversas formas y en muchos casos atravesar la barrera placentaria lo que pone en serio riesgo el proceso de formación del feto. Hay que considerar que las infecciones gestacionales se pueden presentar en cualquier etapa del embarazo y dependiendo de esa etapa pueden producirse diversas manifestaciones en el producto, por esa razón que resulta de mucha importancia determinar si la presencia de estas infecciones son los factores de riesgo más importantes para la presentación de un parto pretérmino.

Un neonato pretérmino además de los problemas de salud que podría presentar por la falta de desarrollo intrauterino, representa un problema de salud para el estado debido a los altos costos que implica el mantenimiento de un niño prematuro. Desde ese punto de vista, representa un enorme ahorro económico para la institución si se pudiera evitar la prematuridad de los nacimientos, con medidas que busquen concientizar a las gestantes sobre los cuidados que deben tener en la etapa de gestación y acudir periódicamente a sus controles gestacionales. Si se lograra reducir el número de parto pretérmino por causa infecciosas, obtendríamos personas con menos problemas de salud y los servicios médicos serían destinados para aquellos pacientes que los merezcan.

sobre todo porque las infecciones se pueden evitar.

### **1.5 Viabilidad y factibilidad**

El estudio es viable, ya que los pacientes que serán seleccionados son del servicio de Ginecología y Obstetricia del mismo hospital, por lo que el acceso a la información es factible ;así mismo, el estudio microbiológico a los pacientes son realizados en los servicios de patología clínica e imágenes del mismo hospital por lo que no acarrea algún costo adicional a la investigación, por último la investigadora realiza actualmente el tercer año de su especialidad en el hospital seleccionado para el estudio por lo que conoce a profundidad el motivo de estudio, además por el hecho de poder pertenecer a la institución de estudio se cuenta con la disponibilidad horaria, para poder desarrollarlo sin mayores problemas horarios durante la rotación en el servicio. Además , se cuenta con el permiso de las autoridades competentes del Hospital de Policía Luis Nicasio Saenz.

El personal de las áreas, donde se desarrollará la investigación y los lugares de acceso a la información, no presentan mayores restricciones para el recojo de la información, por lo que no habría dificultad para acceder a ella.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

En el año 2015, se realizó una investigación sobre los factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila, donde se determinó los antecedentes de parto prematuro y de aborto fueron los factores más relacionados parto prematuro, el peso bajo materno, la talla menor a 150 cm, la ganancia de peso durante el proceso de gestación así como el hábito de fumar, las infecciones vaginales y urinarias, los embarazos múltiples y las alteraciones del útero, llegan a la conclusión de la práctica de abortos y embarazos múltiples fueron factores de riesgo que se asociaron mayormente al parto prematuro además se puede predecir el origen es multifactorial o sólo porque existen otros factores que también se presenta en forma considerable sino además la interrelación que existe entre cada uno de ellos.<sup>(1)</sup>

En el año 2017, se realizó una investigación sobre la asociación entre el trabajo de parto prematuro y las infecciones del tracto genitourinario causadas por *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, bacilos gramnegativos y corineformes, utilizando un estudio de casos y controles, en el estudio se identificaron varios factores de riesgo en este estudio, incluyendo edad < 20 años, nuliparidad, aborto previo y parto prematuro anterior, sangrado vaginal menstrual, pH vaginal > 5, prueba de olor positivo, infección por *Trichomonas vaginalis*, infección por *Mycoplasma hominis*, corineces pesados crecimiento vaginal, y cualquier crecimiento vaginal de bacilos gramnegativos. La infección del tracto urinario con cualquier recuento de colonias no se asoció con parto pretérmino. El

estudio demostró que los principales factores de riesgo para parto pretérmino fueron la infección vaginal con *T. vaginalis*, *M. hominis*, corineformes y bacilos gramnegativos, y sus determinantes (pH vaginal > 5, prueba de olor positivo, sangrado vaginal abundante). Tanto la edad joven (< 20 años) como la mala historia obstétrica también fueron factores de riesgo.<sup>(2)</sup>

En el año 2014, se realizó una investigación sobre la infección del líquido amniótico, inflamación y colonización en trabajo de parto prematuro con membranas intactas, encontrando que los grupos de infección e inflamación severa tuvieron latencia similar y tasas similares de morbilidad y mortalidad perinatal compuesta. Los grupos de colonización y negativo tuvieron resultados similares. Los grupos de inflamación leve tuvieron resultados intermedios a la inflamación grave y grupos negativos, para la edad gestacional al ingreso, se asociaron significativamente con las tasas combinadas de morbilidad y mortalidad, concluyendo que la inflamación intraamniótica se asocia con resultados perinatales adversos, ya sea que se detecten o no microbios intraamnióticos. La colonización sin inflamación parece relativamente benigna. La inflamación intraamniótica no está simplemente presente o ausente, sino que también tiene grados de gravedad que se correlacionan con resultados adversos.<sup>(3)</sup>

En el Instituto Materno Perinatal, en el año 2015, se realizó un estudio acerca de los factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes, a través de un estudio de casos y controles, donde la frecuencia de partos pretérminos fue de 33.3%. Los factores de riesgo estadísticamente significativos fueron el antecedente de parto

pretérmino altamente significativo, la infección de vías urinarias altamente significativo, la anemia altamente significativa y no tuvo significancia estadística la edad materna. Se llegó a la conclusión que el antecedente de parto pretérmino, la infección de vías urinarias y la anemia son factores de riesgo para el parto pretérmino.<sup>(4)</sup>

En el 2015, realizaron un estudio sobre las variantes en la duración gestacional y parto prematuro por raza, etnia y migración, en una investigación de casos y control. Se encontró existe riesgo de parto pretérmino en la relación entre edad materna con la raza de una mujer es decir que las tasas de nacimiento pretérmino son más altas que las mujeres mayores de 35 años y entre éstas las negras no hispanas, seguidor de indios americanos, nativos de Alaska, así como los hispanos, hispanos no blancos, a los asiáticos e isleños de la zona del Pacífico de los Estados Unidos.<sup>(5)</sup>

En el año 2013, realizaron un estudio retrospectivo de corte transversal, sobre la prevalencia de parto pretérmino en pacientes con infección de vías urinarias en el área de Ginecología y Obstetricia del hospital provincial general de Latacunga, el objetivo de estudio fue relacionar la existencia de infecciones de vías urinarias con la prevalencia de parto pretérmino, en el que concluyeron, que las infecciones urinarias están asociadas al parto pretérmino y se presenta en embarazo de primigestas con edades gestacionales que van entre las 31 a 36.6 semanas y con edades que va entre los 20 a 34 años.<sup>(6)</sup>

En el año 2014, realizaron un estudio sobre embarazos consecutivos en parto

pretérmino recurrente por subtipo de tipo cohorte retrospectiva en donde se realizó una evaluación sobre la recurrencia de parto pretérmino en pacientes que han presentado como antecedente el embarazo actual. Del total de las 3836 gestantes que presentaron parto pretérmino durante la primera gestación, 1160 repitieron en su segundo embarazo. Concluyendo que la incidencia de parto pretérmino fue de más del 31% para los casos de las mujeres que tuvieron parto pretérmino de forma espontánea y de 23% en el caso de las gestantes con parto pretérmino que fueron realizados por indicación del médico.<sup>(7)</sup>

En el 2017, se realizó una investigación sobre factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes en el Hospital San Bartolomé, en un estudio de descriptivo de tipo caso y control, donde dentro de los factores de riesgo que se encontraron para el parto pretérmino espontáneo en adolescentes gestantes, fueron la nuliparidad, la ruptura prematura de membrana, las infecciones vaginales, la falta de instrucción académica, un índice de masa corporal anormal y la anemia. La investigación llegó a la conclusión, que la presencia de la falta de educación, el no presentar hijos, la ruptura prematura de las membranas, las infecciones vaginales, la anemia y un índice de masa corporal anormal, fueron factores de riesgo para presentar parto pretérmino.<sup>(8)</sup>

En el 2016, se llevó a cabo un trabajo de investigación sobre los factores asociados al parto pretérmino en adolescentes con un estudio de tipo observacional, analítico y de corte transversal, donde se consideraron 494 registros. Determinando, que los factores asociados principales para presentar parto pretérmino, fueron baja asistencia a controles prenatales, bajo nivel de

escolaridad, infecciones urinarias, vaginosis, preeclampsia y anemia.<sup>(9)</sup>

En el año 2015, realizaron un estudio sobre la predicción de partos prematuros entre las mujeres examinadas por el programa de inicio médica del embarazo de Carolina del Norte en los Estado Unidos. Se realizó una investigación de cohorte de tipo retrospectivo, en el que se determinó que la prevalencia de parto pretérmino fue de alrededor del 11%. Se presentaron factores de riesgo como el embarazo múltiple, una historia anterior de parto pretérmino, así como una insuficiencia del cuello del útero, diabetes, enfermedades renales y la hipertensión arterial. Las pacientes no hispanas de raza negra, así como de bajo peso, las fumadoras durante la gestación, el asma y otras enfermedades crónicas como la nuliparidad, la historia de un bebé de bajo peso al momento del nacimiento; así como la pérdida del feto o la muerte durante el segundo trimestre de gestación fueron algunos indicadores de predicción que se adicionaron.<sup>(10)</sup>

En el 2014, se realizó un estudio sobre los factores de riesgo que desencadenan en un trabajo de parto pretérmino en gestantes adolescentes primigestas, a través de una investigación de tipo descriptivo, no experimental y retrospectivo donde se seleccionó una muestra de 120 gestantes entre 14 a 19 años. Se encontró, que los factores que se presentan para un parto pretérmino fueron la cantidad de parejas sexuales, considerando a más de 3 así como las infecciones del tracto urinario.<sup>(11)</sup>

En la ciudad de Chiclayo, en 2015, se realizó una investigación sobre los factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes adolescentes, realizando una

investigación retrospectiva, de tipo casos y controles, donde se determinó que los antecedentes gineco obstétricos, que tuvieron relación con un parto pretérmino fueron la multiparidad, la falta de un control prenatal, tener más de una pareja sexual; además de embarazo múltiple y tener como antecedente una cesárea. Con respecto a las enfermedades más frecuentes que estuvieron asociadas a un parto prematuro, fueron la presencia de una anemia moderada en la gestante; así como la ruptura prematura de las membranas, las infecciones del tracto urinario y la preeclampsia.<sup>(12)</sup>

En el año 2014, se desarrolló un trabajo sobre los estresores psicosociales asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes adolescentes, a través de una investigación analítica con diseño no experimental, de tipo casos y controles, en el que encontraron que los estresores psicosociales más importantes que estuvieron asociados a la amenaza de parto pretérmino fueron golpes de la pareja, amenazas de abandono de la pareja, falta de apoyo paterno y el no cumplimiento de los objetivos académicos por causas del embarazo.<sup>(13)</sup>

En el año 2016, se realizó una investigación sobre los factores de riesgo de parto pretérmino en un hospital, a través de un estudio caso control de tipo retrospectivo, en el que encontraron que los factores de riesgo relacionados con el parto pretérmino fueron el embarazo gemelar actual, control prenatal insuficiente, control prenatal nulo, antecedente de parto pretérmino y preeclampsia. Se llegó a concluir que el antecedente de parto pretérmino, la preeclampsia, el no tener ningún control prenatal y haber tenido un control prenatal insuficiente fueron factores de riesgo para el nacimiento pretérmino.<sup>(14)</sup>



En el año 2017, se realizó una investigación sobre los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención, a través de un estudio de casos y controles observacional, retrospectivo, transversal y analítico, en el que se encontró que los factores de riesgo asociados a parto pretérmino fueron la placenta previa, el antecedente de parto pretérmino, la preeclampsia, el embarazo gemelar, el oligohidramnios, el tabaquismo, la ruptura prematura de membranas, la cervicovaginitis y la infección del tracto urinario . Se concluyó que los antecedentes de las gestantes, como la falta de un control gestacional, la ruptura prematura de membranas, la preeclampsia, el embarazo múltiple, la placenta previa, las infecciones vaginales, antecedentes de parto prematuro y la infección urinaria presentaron una mayor significación estadística.<sup>(15)</sup>

## **2.2 Bases teóricas**

### **Factores de riesgo de parto pretérmino**

Poder conocer los factores de riesgo en los nacimientos prematuros antes de poder producirse la concepción o durante las etapas más tempranas del embarazo; podría hacer que los profesionales realicen intervenciones que ayuden en la prevención de un parto pretérmino. Sin embargo, realizar esta identificación de forma temprana no resulta nada fácil debido a que existe un número bastante importante de nacimientos prematuros, que ocurren en mujeres que no presentan factores de riesgo.<sup>(16)</sup>

Es sabido que algunas de las complicaciones que se pueden presentar durante

un parto prematuro, requieren de otros factores para que estos puedan manifestarse provocando que las causas de esta acción sean muy difíciles de documentar. Finalmente, no existe un modelo que nos permita poder estudiar el origen de los partos prematuros.<sup>(17)</sup> Por tanto, tomar en consideración que el factor de riesgo que se presenta con mayor incidencia para poder predecir un parto prematuro es presentar antecedentes maternos, de estos el cual en diferentes estudios se ha presentado en un 15%, después de haber presentado un parto prematuro y de más del 30%.<sup>(18)</sup> Si fueron dos partos prematuros este antecedente resulta, por demás importante, debido a que incrementa hasta 2 veces el riesgo de provocar un parto prematuro.<sup>(19)</sup>

Se identificaron algunos factores de riesgo como:

Las alteraciones uterinas: los procesos de conización del cuello cervical, así como una longitud corta del cuello. Los antecedentes de abortos gestacionales durante el segundo trimestre y las mujeres gestantes con abortos habituales.

Antes del parto: múltiples gestaciones, alteraciones de líquido amniótico, las hemorragias, la ruptura prematura de membrana, cirugía previa abdominal, infecciones urinarias, traumas físicos o emocionales y las infecciones maternas severas.

Factores condicionantes maternos: enfermedades bacterianas, hipertensión arterial, *diabetes gestacional*, infecciones dentales, sífilis, una edad materna menor de 18 y mayor de 40 años y las trombofilias.

Factores ambientales y epidemiológicos: condiciones socioeconómicas y

psicosociales bajas, afroamericanos, fumar tabaco, bajo peso materno con un índice de masa corporal menor de 19.8 y gestación es seguidas.<sup>(19-21)</sup>

## **Infecciones gestacionales**

### ***Streptococcus agalactiae* (β hemolítico grupo B)**

Las gestantes portadoras de estreptococo del grupo Beta hemolítico varían entre un 10 y 30% de las distintas infecciones. Se calcula que entre el 50 y 70% de los niños de madres gestantes que portan la bacteria colonizan y el 1.2% van a desarrollar una infección neonatal. La tasa de sepsis por esta bacteria se calcula en 3.8 por cada mil recién nacidos vivos si no se logra realizar acciones de prevención estos valores se incrementarán. Existen en la actualidad 2 estrategias de prevención para evitar esta infección, administrar antibióticos durante el proceso de parto de las mujeres que presentan alto riesgo o las gestantes colonizadas; para este último, se necesita realizar un cultivo, de preferencia vaginal y rectal, durante el tercer trimestre de gestación.<sup>(22)</sup> Las gestantes que presenta un alto riesgo son aquellas que tuvieron como antecedente un parto pretérmino, la presencia de una infección bacteriana por estreptococo durante la gestación, antecedentes de presentar un recién nacido con sepsis por infección de estreptococo Beta hemolítico, fiebre durante el trabajo de parto así como la rotura prematura de las membranas por un período de más de 12 horas. Es importante señalar que usar como estrategia el tratamiento a las mujeres de alto riesgo no permite controlar el problema, ya que el 85 a 90% de las gestantes no presentan otros factores de alto riesgo y existe un 40% de sepsis en niños de madres que presentaron un bajo riesgo.

### ***Chlamydia trachomatis***

La presencia de esta infección en gestantes varía en sus diferentes series entre un 2 y 37%. En el Perú, se ha reportado 5% de gestantes portadoras y un 35% en gestantes que son atendidas en los centros de salud por enfermedades de transmisión sexual. El diagnóstico puede realizarse a través de cultivo microbiano, que es el gold standard tradicional. Este procedimiento tiene una baja sensibilidad y solo se encuentra en algunos centros especializados. Actualmente, se han desarrollado otras tecnologías que constituyen, lo que se conoce como un patrón de oro. Aquí se consideran las pruebas inmunológicas como el Elisa, el IFD y otras técnicas moleculares. La sensibilidad del IFD de varía entre un 60 y 93% y su especificidad entre 94 y 99%. Entre las tecnologías moleculares, encontramos a la hibridación de sondas, que no se usa mucho en la actualidad y otras técnicas como el RCP entre otras. La Reacción en Cadena de Polimerasa presenta una sensibilidad entre el 75% y 97% y su especificidad es mayor al 99%. La infección por *Clamydia trachomatis* puede producir inflamación pélvica, embarazos ectópicos, infertilidad, uretritis, endometritis post gestación y salpingitis. En el producto se puede presentar muerte fetal, un parto pretérmino, problemas de crecimiento dentro del útero, así como conjuntivitis o neumonías que se presentan entre la segunda y cuarta semana de vida. Esta infección se va a transmitirse al hijo principalmente durante el proceso de parto, sobre todo en parto de tipo vaginal, es menos frecuente en los partos por cesárea que se presentan con rotura prematura de membranas. Se han reportado casos aislados de transmisión de esta infección en las cesáreas realizadas con membranas íntegras.<sup>(23)</sup>

## **Herpes genital**

En mujeres gestantes, la presencia de herpes simplex genital, varía entre 7 y 33% en sus diferentes series. Se ha venido experimentando, en los últimos años un crecimiento sostenido, de esta infección. Se calcula que aproximadamente entre 1 a 3% de todas las gestantes, van a adquirir esta infección cada año. En el caso de parejas disfuncionales, la tasa para adquirir esta infección, se incrementa hasta un 10 a 30% anualmente. Adquirir durante la gestación, es menos probable hasta un 2%. La transmisión que se produce al feto se va a realizar durante la gestación por infección de la madre. Si la infección se produce al momento del parto, la posibilidad de transmisión al producto, se incrementa entre un 30 a 50%. Sin embargo, la mayor transmisión se va a producir durante el mismo proceso del parto. Se ha visto que también pueden ocurrir transmisiones intrauterinas y después del nacimiento. Los factores, que van a permitir que se produzca esta transmisión, es la infección de la madre, lo que es más probable que una infección recurrente, parejas disfuncionales, presencia de anticuerpos en la madre, realizar procedimientos invasivos obstétricos. La manifestación clínica en la gestante se presenta principalmente bajo la forma de herpes genital, es infrecuente que se presente una diseminación cutánea o visceral, la cual elevaría la tasa de mortalidad hasta un 50%. La infección que se produce en el niño si se presenta antes de las 20 semanas de gestación puede provocar un aborto hasta un 25%, alteraciones cerebrales, coriorretinitis, entre otras. Si esta infección se produce después de las 20 semanas podría causar parto pretérmino o herpes neonatal. Esta situación, se presenta de 3 maneras; las dos primeras con una elevada tasa de mortalidad y con secuelas: el herpes sistémico y encefalitis

herpética o cómo infección localizada en la piel, ojos y en la región de la boca.<sup>(24)</sup>

### **Infección por citomegalovirus (CMV)**

Es un virus ADN, ubicuo, de la familia herpesviridae y específico del ser humano.<sup>25</sup> Este virus, es la principal causa de infección congénita y la primera causa de hipoacusia de tipo no genética, así como, de retardo mental adquirido durante la infancia. A pesar de lo mencionado, la hipoacusia neurosensorial de tipo congénita, sin la presencia de otras malformaciones clínicas, rara vez suele estar relacionada con la infección del citomegalovirus durante la primera infancia. Incluso es más frecuente que la gran cantidad de defectos que se producen durante el nacimiento como el síndrome Down o espina bífida, así como de las condiciones congénitas evaluadas durante el tamizaje neonatal en los Estados Unidos y en Europa<sup>(26,27)</sup>, por lo tanto, se convirtió en la causa más común de infección congénita que afecta alrededor del 0,5-2% de todos los recién nacidos. Las investigaciones han demostrado que hay una transmisión materna al producto, tanto como primoinfección, como en la reinfección o ya sea como una reactivación, se evidencia que la inmunidad de la madre no es una causa que prevenga la transmisión por vía uterina o la posibilidad de desarrollar la enfermedad.<sup>(25)</sup>

### **Toxoplasmosis**

*Toxoplasma gondii* es un protozoo tisular de distribución cosmopolita, intracelular obligado, del *Phylum apicomplexa*.

La infección se produce únicamente cuando el parásito es adquirido durante la gestación y es transmitido al hijo durante este proceso la frecuencia va

aumentando en forma gradual con el avance del embarazo. En resumen, se calcula que un tercio de las gestantes en fase aguda de la infección van a dar a luz un hijo con este parásito. En la mayoría de ellos, habrá un desarrollo normal, aunque un 4% tenga altas posibilidades de morir, tener un daño cerebral permanente o un compromiso visual durante los primeros años de vida.

La mayoría de casos la infección de la madre es subclínica; por ende, el diagnóstico se realizará a través de las pruebas serológicas. Una gestante debe tener conciencia de su estado inmunológico en relación a la infección y las gestantes que son susceptibles por lo tanto deben tomar las precauciones del caso.

La transmisión vertical, se producirá luego de ocurrido la infección durante el embarazo, lo cual produciría una gran cantidad de secuelas que van desde el aborto espontáneo hasta el nacimiento como una serie de manifestaciones clínicas o incluso ser asintomático. La mayoría de los recién nacidos infectados aparentemente no presenta sintomatología y la manifestación de esta infección podrían aparecer luego de muchos años de nacido. En relación a la transmisión de tipo placentaria esta estar asociada al tiempo de gestación, es decir será baja durante el primer trimestre y se incrementará al final de la gestación.

Las manifestaciones clínicas de esta enfermedad se presentarán en el hijo durante su etapa intrauterina o incluso después de nacimiento. Las alteraciones que presentan los niños con esta infección estarán de acuerdo al grado de lesión produciendo ceguera, calcificaciones intracerebrales, coriorretinitis, retardo mental, hidrocefalia, epilepsia o desarrollo psicomotor retardado. La posibilidad de que se presenten estas lesiones será mayor durante las primeras semanas y menos frecuentes después de la semana 26 de gestación.<sup>(28)</sup>

## **Rubeola**

Es una enfermedad de la infancia que se puede prevenir y que tiene como reservorio único al ser humano.

La vía de transmisión puede ser respiratoria, a través de gotitas, por contacto directo y a través de la placenta.

La ausencia de una respuesta inflamatoria y la falta de una multiplicación celular durante el desarrollo del feto en la infección crónica retardarían la división celular induciendo a la muerte celular programada y produciendo necrosis, lo que podría llevar al aborto espontáneo o al nacimiento del feto muerto.

Las alteraciones que se presentan con mayor frecuencia son las anomalías cardíacas, entre ellas el ductus arterioso persistente es el más frecuente, además de los defectos del tabique interauricular e interventricular, así como las estenosis de la arteria pulmonar. Además, se presentan otras alteraciones como microcefalia, bajo peso al nacer, cataratas congénitas, hipoacusia sensorial, neural, microftalmos, hipoplasia del Iris y retinopatía visual “en sal y pimienta”.

Esta infección se presenta en forma progresiva por la presencia del virus y por una deficiencia en el sistema inmunológico, que puede durar hasta los 2 años de vida.

Del 50 al 70% de los casos con infección por rubéola pueden aparecer asintomáticos al momento de nacimiento. Además, pueden presentarse alteraciones de manera transitoria como hepatoesplenomegalia, trombocitopenia con o sin púrpura, meningoencefalitis y radiolucencia ósea.<sup>(29)</sup>



## **Infección urinaria**

Se denomina infección urinaria, a la presencia de flora microbiana en la orina además de la invasión de las vías urinarias inferiores, superiores o ambas. Las infecciones de vías urinarias se pueden dividir como bacteriuria asintomática, cistitis o pielonefritis.

La cistitis es la inflamación que se produce de la mucosa vesical y que se caracteriza por la presencia de una urgencia urinaria, polaquiuria, disuria y es menos frecuente la hematuria e incontinencia urinaria.

La Pielonefritis, se conoce como la infección del parénquima renal por la flora bacteriana junto con la posibilidad del daño renal a largo plazo. Esta se subdivide en:

Pielonefritis aguda, es la infección bacteriana en fase activa que puede estar presente con fiebre, presencia de escalofríos y dolor en la parte lumbar. Además de náuseas, vómitos, entre otras manifestaciones. Los síntomas pueden estar presentes con cistitis o ser los únicos que se evidencian, pudiendo dificultar el diagnóstico de la infección.

En las Pielonefritis Crónica, las manifestaciones clínicas que se presentan son causadas por lesiones anteriores y éstas se pueden clasificar en activas o inactivas. La Pielonefritis crónica activa se presenta en pacientes que tienen complicaciones infecciosas y que persisten, cuyo diagnóstico es basado en las infecciones asociadas a defectos neurológicos en el proceso de la micción. Además de la presencia de un cuerpo extraño como litiasis, alguna sutura, la presencia de sondas o una nefropatía propia.

En relación a la pielonefritis crónica de tipo inactiva, está presenta cicatrices estériles locales de una infección antigua. Histológicamente se caracteriza por una nefritis de tipo intersticial dispersa y zonal, una destrucción de los túbulis, una infiltración celular y cambios de tipo inflamatorio crónico en la región del parénquima renal.<sup>(30)</sup>

La bacteriuria asintomática, se define según Kass;<sup>(31)</sup> como el aislamiento de un solo patógeno en dos muestras consecutivas y que contengan más de 100.000 UFC/ml del mismo agente microbiano, en el chorro medio de la primera orina de la mañana y que sean obtenidas con técnicas de asepsia. Esta definición que no ha sufrido modificaciones a lo largo de los años nos muestra una alta especificidad, pero una baja sensibilidad para detectar bacteriuria. En los últimos años Stamm y cols. propusieron un nuevo criterio de diagnóstico para las pacientes con disuria de tipo aguda.<sup>(32)</sup>

En sus investigaciones se dieron cuenta que entre el 30 y 50% de las mujeres con infecciones urinarias bajas en forma aguda y que se caracterizaban por presentar urgencia, disuria y frecuencia no presentaban el criterio de los 100.000 UFC/ml para ser consideradas como infección a pesar de la presencia de bacilos patógenos gram negativos de tipo aerobios al momento de la punción suprapúbica. Esta nueva visión de 100 UFC/ml poseía una mayor sensibilidad y especificidad además de un alto valor predictivo entre las pacientes que eran asintomaticas.<sup>(33)</sup>

No es recomendable, de ninguna forma, tomar las muestras de orina con catéter en una gestante ya que existe un alto riesgo de poder producir una infección, por lo que hay que tener en cuenta la presencia de esta gestación para evitar alguna complicación.

El procedimiento ideal sería la punción suprapúbica, a pesar de haber demostrado ser un procedimiento seguro en las gestantes no se realizan con frecuencia y sólo se presenta en casos muy especiales.<sup>(34)</sup>

### **2.3 Definiciones de términos básicos**

**Infección:** Invasión y multiplicación de gérmenes en el cuerpo. Los gérmenes pueden ser bacterias, virus, hongos con forma de levadura, hongos u otros microorganismos.<sup>(35)</sup>

**Gestación:** Proceso de crecimiento y desarrollo fetal intrauterino; abarca desde el momento de la concepción (unión del óvulo y el espermatozoide) hasta el nacimiento.<sup>(36)</sup>

**Parto:** Proceso por el que la mujer o la hembra de una especie vivípara expulsa el feto y la placenta al final de la gestación.<sup>(36)</sup>

**Factor:** Elemento o causa que actúan junto con otros.<sup>(37)</sup>

**Riesgo:** Contingencia o proximidad de un daño.<sup>(37)</sup>

**Pretérmino:** Evento que se presenta antes de terminar.<sup>(37)</sup>

**Preeclampsia:** Estado patológico de la mujer en el embarazo que se caracteriza por hipertensión arterial, edemas, presencia de proteínas en la orina y aumento excesivo de peso; puede preceder a una eclampsia.<sup>(36)</sup>

## **CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **3.1 Formulación de la hipótesis**

#### **Hipótesis general**

Las infecciones gestacionales sí son el principal factor de riesgo para parto pretérmino en el Hospital de Policía Luis Nicasio Sáenz en 2017.

#### **Hipótesis nula**

Las infecciones gestacionales no son el principal factor de riesgo para parto pretérmino en el Hospital de Policía Luis Nicasio Sáenz en 2017.

### **3.2 Variables y su operacionalización**

Variable independiente

Factores de parto pretérmino

## Operacionalización de variables

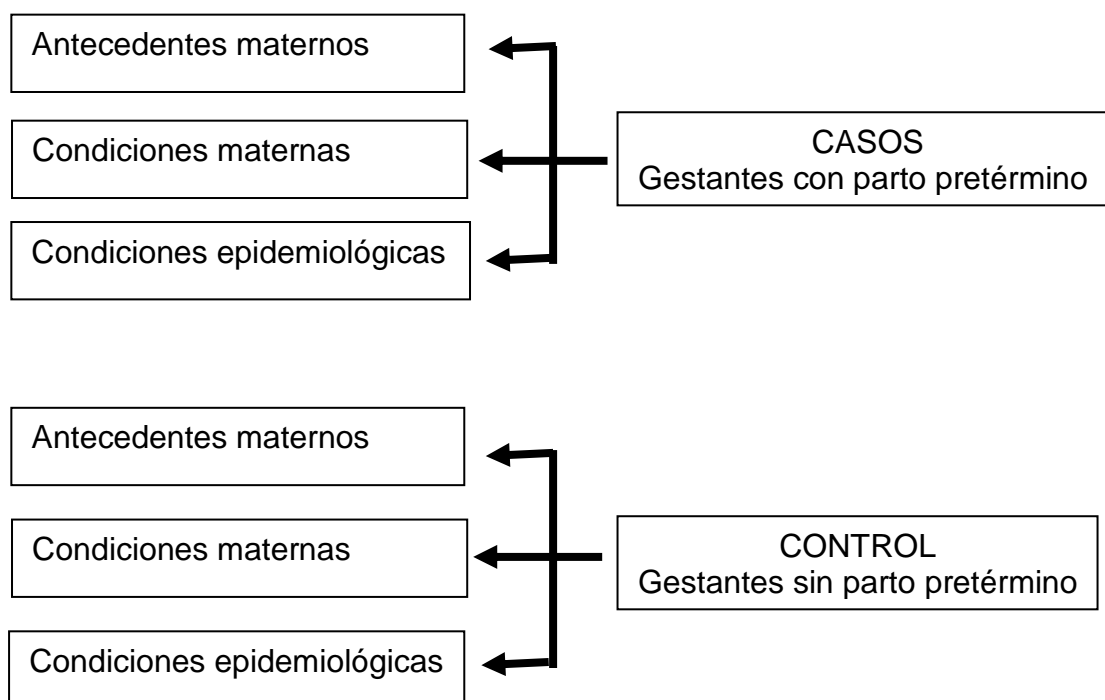
Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categoría	Valor de las categorías	Modo de verificación
Factores de parto pretérmino	Situaciones que se presentan y que podrían producir un parto prematuro entre las semanas 22 y 37 del proceso de gestación	Cualitativa	Antecedentes maternos	Nominal	Abortos previos	1 2 > 2	Historia clínica
					Malformaciones uterinas	Sí No	
					Hipertensión arterial	PS > 120 mmHg PD < 80 mmHg	
			Condiciones maternas	Nominal	Alteraciones en el líquido amniótico	ILA > 25 cm y < 5 cm	
					Infección	Sí No	
					Anemia	< 11g/dl	
					Embarazo múltiple	> 3 productos	
			Condiciones epidemiológicas	Nominal	Ruptura prematura de membrana	Sí No	
					Edad	> 40 años < 18 años	
					Índice de masa corporal	< 19.8	

## CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

### 4.1 Tipos y diseño

La investigación es cuantitativa de tipo observacional, analítico, transversal y retrospectivo.

De diseño caso control, en donde se realizará la comparación de dos poblaciones.



### 4.2 Diseño muestral

#### Población universo

El universo poblacional estará integrado por todas las gestantes que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital de policía Luis Nicasio Sáenz durante el año 2017.

### **Población de estudio**

La población de estudio estará integrada por todas las gestantes con parto pretérmino que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital de policía Luis Nicasio Sáenz durante el año 2017.

### **Tamaño de la muestra**

El tamaño de la muestra será igual al de la población de estudio.

### **Muestreo**

El método de muestreo será de tipo no probabilístico de tipo censal o intencional, ya que la muestra será igual a la población de estudio.

### **Criterios de selección**

#### **Criterios de inclusión**

Paciente cuyo parto pretérmino se haya realizado dentro del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Policía Luis Nicasio Sáenz.

Pacientes cuyo resultado de laboratorio del servicio de patología clínica del Hospital de Policía Luis Nicasio Sáenz.

Paciente con historia clínica y obstétrica completa.

#### **Criterios de exclusión**

Paciente con retardo mental.



Paciente con alteración del estado de conciencia.

Paciente con antecedente de ingreso de accidente vehicular que condujo a la culminación de la gestación.

Paciente con menos de 3 controles gestacionales de cualquier centro de salud policial.

#### **4.3 Técnica e instrumento de recolección de datos**

Para la recopilación de información, se utilizarán fuentes bibliográficas como páginas electrónicas, revistas, publicaciones, trabajos de investigación, artículos y libros electrónicos y físicos.

Para el recojo de los datos, se usará la técnica de ficha de recolección como instrumento, que consistirá en la elaboración de un formulario que recoge los datos relevantes de las historias clínicas y las hojas de reporte de los servicios que intervienen en el estudio.

La técnica de ficha de recolección de datos se aplica en estudios donde la muestra es la misma que la población ya que el número de participantes es mínimo de tal forma que la muestra seleccionada tenga una representatividad estadísticamente significativa; se analizarán las variables sociodemográficas de los pacientes, así como la distribución e incidencia de las variables de estudio.

#### **4.4 Procesamiento y análisis de datos**

##### **Procesamiento de datos:**

Para la elaboración de la información, se consideran las siguientes fases:

Revisión de la ficha de datos, para examinar de manera objetiva el instrumento utilizado a manera de control de calidad, con la intención de poder realizar las correcciones que sean necesarias.

Codificación de los datos, la información recolectada y procesada debe ser transformada en códigos numéricos, de acuerdo a la respuesta esperada en la ficha de recolección de datos de acuerdo al dominio de cada variable.

Clasificación de los datos, se clasificará la información en base a la codificación, escala de medición e indicadores otorgándole una valoración a cada variable identificada en la investigación.

Recuento de los datos: según el método utilizado para obtener el plan de tabulación requerido se utilizará un programa informático para obtener las matrices de tabulación necesarias.

Los datos recolectados se digitarán en la base de datos del programa SPSS versión 21 para ambiente Windows XP, para lo cual se etiquetará y se definirá el rango de cada variable. Una vez obtenidos los resultados con la valoración estadística correspondiente, se elaborarán gráficos de los resultados relevantes para la investigación en el programa EXCEL 2007 así como la redacción que se digitará en Word 2007.

Presentación de datos: de acuerdo al plan de tabulación realizada, se podrá obtener el número de matrices que se necesiten para la investigación, los cuales servirán para elaborar las tablas y los gráficos respectivos para la presentación de los datos de la investigación.

### **Análisis e interpretación de la información**

Para el análisis de la información, se utilizará el método estadístico, en sus dos niveles: descriptivo e inferencial. De acuerdo al siguiente protocolo:

Se tabularán y organizarán los datos en una matriz de datos, donde se consignarán los resultados en las tablas y figuras diseñadas, de las cuales se extraerán las frecuencias y porcentajes de las variables materia de estudio.

Se aplicarán medidas de tendencia central y de variabilidad para el análisis cuantitativo de las variables de estudio como la media.

En el caso de las variables cuantitativas se aplicará la frecuencia y porcentaje como análisis descriptivo.

En el análisis inferencial se realizará la prueba de chi cuadrado, para grupo independientes

### **4.5 Aspectos éticos**

Esta investigación está sujeta a las normas éticas, proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en

esta investigación, que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales, con el único propósito de encontrar respuestas claras a nuestro planteamiento, los cuales no representan riesgos o daños en la salud de quienes participen en él. Además, se mantendrá el anonimato de las personas involucradas en la investigación.

## CRONOGRAMA

Para la programación de las etapas de ejecución del proyecto hasta la publicación del informe final se usará el cronograma de Gantt:

Pasos	2018		2019							
	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Agosto	Setiembre
Redacción final del proyecto de investigación	X									
Aprobación el proyecto de investigación		X								
Recolección de datos			X	X	X	X				
Procesamiento y análisis de datos			X	X	X	X				
Elaboración del informe							X			
Correcciones del trabajo de investigación							X	X		
Aprobación del trabajo de investigación									X	
Publicación del artículo científico										X

## PRESUPUESTO

Para la realización del presente trabajo de investigación, será necesaria la implementación de los siguientes recursos:

<b>Concepto</b>	<b>Monto estimado (soles)</b>
<b>Material de escritorio</b>	300,00
<b>Adquisición de software</b>	1000,00
<b>Empastado de tesis</b>	200,00
<b>Impresiones</b>	500,00
<b>Logística</b>	700,00
<b>Traslados</b>	500,00
<b>TOTAL</b>	<b>3200,00</b>

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Retureta M. et al. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. *Medisur*. 2015. vol.13 no.4 Cienfuegos jul.-ago.
2. Hosny A. Association between preterm labor and genitourinary tract infections caused by *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, Gram-negative bacilli, and coryneforms. *J Chin Med Assoc*. 2017 Sep;80(9):575-581.
3. Combs A. et al. Amniotic fluid infection, inflammation, and colonization in preterm labor with intact membranes. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2014. Volume 210, Issue 2, Pages 125.e1–125.e15 .
4. Carnero Y. Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en el periodo enero – junio del 2015. Tesis Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [Internet]. 2016. Extraído el 18 de junio 2018. Disponible en [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4712/Carnero\\_cy.pdf;jsessionid=CC642453A7F2CB2A7C790C04DFCB4EA3?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4712/Carnero_cy.pdf;jsessionid=CC642453A7F2CB2A7C790C04DFCB4EA3?sequence=1).
5. Sørbye IK, Wanigaratne S, Urquia ML. Variations in gestational length and preterm delivery by race, ethnicity and migration. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2015; 12:1-9.

6. Molina M. Prevalencia de parto pretérmino en pacientes con infección de vías urinarias en el área de Gineco-Obstetricia del hospital provincial general de Latacunga en el período junio 2011- junio 2012. [Tesis de Bachiller de Medicina] Ambato, Ecuador. Universidad Técnica de Ambato. [Internet]. 2013. Extraído el 18 de junio 2018. Disponible en <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/6598>.
7. Laughon SK, Albert PS, Leishear K, Mendola P. The NICHD Consecutive Pregnancies Study: recurrent preterm delivery by subtype. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2014; 210 (2): 131e1-131e8.
8. Alarcón J. Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes, Hospital Nacional Docente Madre - Niño “San Bartolomé” – 2016. Tesis Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [Internet]. 2016. Extraído el 18 de junio 2018. Disponible en [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6436/Alarcon\\_cj.pdf?sequence=2](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6436/Alarcon_cj.pdf?sequence=2).
9. Barrera L, Manrique F, Ospina J. Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes de Tunja, Boyacá. Revista Virtual Universidad Católica del Norte, 215-227. [Internet]. 2016. Extraído el 18 de junio 2018. Disponible en: <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/viewFile/769/1295>.



10. Tucker C, Berrien K, Menard M, Herring A, Daniels J, Rowley D, Halpern C. Predicting Preterm Birth Among Women Screened by North Carolina's Pregnancy Medical Home Program. *Matern Child Health J* 19(11):2438-52. [Internet]. 2015. Extraído el 17 de junio del 2018. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26112751> .
  
11. Olaya R. Factores de riesgos desencadenantes del trabajo de parto pretérmino en adolescentes embarazadas primigestas en el Hospital Gineco-obstétrico “Enrique C. Sotomayor” en el período de septiembre del 2012 a febrero del 2013 [Tesis para optar el título de Obstetra]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Facultad de ciencias Médicas[Internet]. 2013. Extraído el 12 de junio del 2018. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1863/1/tesis%20factores%20de%20riesgo%20que%20desencadenan%20el%20trabajo%20de%20parto%20pret%C3%89rmino%20en%20las%20adolescentes%20emba.pdf>.
  
12. Sam D, Zatta J. Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes adolescentes en el Hospital Regional Docente Las Mercedes Chiclayo durante el 2014 [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Facultad de Medicina Humana. [Internet] 2015. Extraído el 17 de abril del 2018. Disponible en: <http://www2.unprg.edu.pe/facultad/imagenes/MH/tes11.pdf>.

13. Solís R. Estresores psicosociales asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Enero – Marzo 2014 [Tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. [Internet]. 2014. Extraído el 12 de junio del 2018. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3649>.
14. Ahumada M. Factores de Riesgo de Parto Pretérmino en un Hospital de Lima Norte. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016; 24: e2750.
15. Escobar B., Gordillo L y Martínez H. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2017. vol. 55, núm. 4.
16. The American Collegue of Obstetricians and Gynecologist. Trabajo de Parto Prematuro y nacimiento prematuro. Patient Education. 2013.
17. García A., Rosales S., y Jiménez G. Diagnóstico y Manejo del Parto Pretérmino. COMEGO. 2008: 129-149.
18. Franco P., García J., Ochoa M., Sánchez O., Bernardo H. y Segura J. Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Manejo de Parto Pretérmino. Secretaría de Salud de México. 2009.

19. Osorio A., y García J. Guía Farmacoterapeutica de amenaza de parto pretérmino. Rev Colomb Enferm.2015; 10 (10): 78-89.
20. Voto L., Valenti E., Asprea I., Voto G. y Votta R. Parto Pretérmino. FAGO. 2014; 13 (1): 5- 10 .
21. Ovalle A., Kakarieka E., Rencoret G. et al. Factores Asociados con el Parto Prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. Rev Med Chile. 2012; 140: 19-29.
22. CDC. Prevention of neonatal Group B Streptococcal disease. Revised guidelines from CDC. MMWR Morbid Mortal Wkly Rep 2002; 51: RR-11: 11-28.
23. Valdés E, Juárez G, Almendras H, Caballero R. Chlamydia trachomatis: transmisión vertical con membranas íntegras. Rev Chil Obstet Ginecol 2002; 67 (1): 63-5.
24. Pass R, Weber T, Whitley RJ. Herpesvirus infections in pregnancy. Recommendations from the International Herpes Management Forum. Management Strategies Workshop and 7th Annual Meeting.
25. Fowler K B, Stagno S, Pass R F, Britt W J, Boll T J, Alford C A. The outcome of congenital cytomegalovirus infection in relation to maternal antibody status. N Engl J Med 1992. 326: 663-7.

26. Hamilton S T, van Zuylen W, Shand A, Scott G M, Naing Z, Hall B, et al. Prevention of congenital cytomegalovirus complications by maternal and neonatal treatments: a systematic review. *Rev Med Virol* 2014; 24: 420-33.
27. Bialas K M, Swamy G K, Permar S R. Perinatal cytomegalovirus and varicella zoster virus infections: epidemiology, prevention and treatment. *Clin Perinatol* 2015; 42: 61-75.
28. Durlach R, Kaufer F, Carral L, Freuler C, Ceriotta M, Rodríguez M, et al. Consenso argentino de toxoplasmosis congénita. *Medicina (Buenos Aires)* 2008; 68: 75-87.
29. Best J M. Rubella. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2007; 12 (3): 182-92.
30. Savage WE., Hajj SH., Kass EH. Demographic and prognostic characteristics of bacteriuria in pregnancy. *Medicine (Baltimore)* 1967; 46: 385-407.
31. Kass EH., Finland M. Asymptomatic infections of the urinary tract. *Trans. Assoc. Am. Phys.* 1956; 69: 56-64.
32. Stamm WE., Counts GW., Running KR., Fihn S., Turck M., Holmes K K. Diagnosis of coliform infection in acutely dysuric women. *N. Engl. J. Med.* 1982; 307: 463-468.

33. Stark RP., y Maki DG. Bacteriuria in the catheterized patient what quantitative level of bacteriuria is relevant? N. Engl. J. Med. 1984; 311: 560-564.
34. Hamilton-Miller JMT., Brooks SJP., Brumfitt W et al. Screening for bacteriuria: Microstix and dipslides. Postgrad Med. J. 1977; 53: 248.
35. Instituto Nacional del Cáncer. GobiernoUSA.gov [Internet]. 2018. Extraído el 12 de junio del 2018. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/infeccion>
36. Diccionario medico interactivo. [Internet]. 2018. Extraído el 4 de junio del 2018. Disponible en: [https://www.portalesmedicos.com/diccionario\\_medico/index.php/Gestacion](https://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Gestacion)
37. Diccionario Real Academia Española. [Internet]. 2018. Extraído el 4 de junio del 2018. Disponible en <http://dle.rae.es/?id=WT8tAMI>

## ANEXOS

### 1. Matriz de consistencia

Título de la investigación	Pregunta de la investigación	Objetivo de la Investigación	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
INFECCIONES GESTACIONAL COMO FACTOR DE RIESGO EN PARTO PRETÉRMINO HOSPITAL DE POLICÍA LUIS NICASIO SAENZ 2017.	¿Son las infecciones gestacionales el principal factor de riesgo para parto pretérmino en el Hospital de Policía Luis Nicasio Sáenz en 2017?	Determinar si las infecciones gestacionales son el principal factor de riesgo para parto pretérmino en el Hospital de Policía Luis Nicasio Sáenz en 2017.	Las infecciones gestacional es si son el principal factor de riesgo para parto pretérmino en el Hospital de Policía Luis Nicasio Sáenz en 2017.	La investigación es cuantitativa de tipo observacional, analítico, transversal y retrospectivo. De diseño caso control.	La población de estudio estará integrada por todas las gestantes con parto pretérmino que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Policía Luis Nicasio Sáenz durante el año 2017. Los datos recolectados se digitarán en la base de datos del programa SPSS versión 21 para ambiente Windows XP, para lo cual se etiquetará y se definirá el rango de cada variable. Una vez obtenidos los resultados con la valoración estadística correspondiente, se elaborarán gráficos de los resultados relevantes para la investigación en el programa EXCEL 2007 así como la redacción que se digitará en Word 2007.	Ficha de recolección de datos.

### 3. Instrumento de recolección de datos

#### FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

FICHA N°:.....FECHA:.....

##### I. DATOS GENERALES

1. Edad: \_\_\_\_ años.

2. Peso:.....Kg

3. Talla:.....m

##### II. ANTECEDENTES MATERNOS

4. Presenta malformaciones uterinas

a.- Si

b.- No

Si la respuesta es SI, indique cual.....

5. Tuvo abortos previos

a.- Si

b.- No

Si la respuesta es SI, indique cuantos:.....

6. Antecedentes patológicos

a.- HTA

b.- DM

c.- Cardiopatía

d.- Dislipidemia

e.- Otros (indique cual).....

##### III. CONDICIONES MATERNAS

7. Cantidad de líquido amniótico

a.- ILA < 5 cm

b.- ILA 5 – 25 cm

c.- ILA > 25 cm

8. Número de productos

a.- 1

b.- 2

c.- 3

d.-> 3

9. Presenta RPM

a.- Si

b.- No

10. Nivel de hemoglobina:.....g/dl

#### IV. DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO

11. Tipo de muestra

a.- Orina

b.- Secreción vaginal

c.- Sangre

d.- Otros

12. Tipo de examen:

a.- Serológico

b.- Microbiológico

c.- Otro

13. Agente etiológico aislado o identificado: \_\_\_\_\_