REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Obstetricia y Puericultura

Segunda Especialidad en Alto Riesgo Obstétrico

Amenaza de parto pretérmino en una gestante atendida en un hospital II de la ciudad de Arequipa 2024

Trabajo Académico presentado por la Licenciada:

Paredes Salas, Jussieu Lourdes

ORCID: 0009-0009-9874-1790

para optar el Título de Segunda Especialidad en Alto Riesgo Obstétrico

Asesor (a):

Dra. Oviedo Tejada, Verónica Florencia

ORCID: 0000-0003-4978-0506

Arequipa - Perú

2025

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ALTO RIESGO OBSTETRICO

SEGUNDA ESPECIALIDAD CON TRABAJO ACADÉMICO

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 30 de Octubre del 2024

Dictamen: 013932-C-EPOYP-2024

Visto el borrador del expediente 013932, presentado por:

2021970432 - PAREDES SALAS JUSSIEU LOURDES

Titulado:

AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN UNA GESTANTE ATENDIDA EN UN HOSPITAL II DE LA CIUDAD DE AREQUIPA 2024

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Titulo Profesional/Titulo de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

29203672 - ESCOBEDO VARGAS JANNET MARIA
DICTAMINADOR

29541138 - RODRIGUEZ MEZA GIOVANNA ROCIO
DICTAMINADOR

29642489 - CARDENAS NUÑEZ YENHNY MARGARETH
DICTAMINADOR

Amenaza de parto pretérmino en una gestante atendida en un hospital II de la ciudad de Arequipa 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

31%	33%	2%	21%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	www.revistamedicasinergia.com Fuente de Internet	4%
2	www.msc.es Fuente de Internet	3%
3	www.nasajpg.com Fuente de Internet	3%
4	pt.scribd.com Fuente de Internet	2%
5	espanol.medscape.com Fuente de Internet	2%
6	revistascientificas.una.py Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Universidad Alas Peruanas Trabajo del estudiante	1%
8	it.1lib.limited Fuente de Internet	1%
9	ri-ng.uaq.mx Fuente de Internet	

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

DEDICATORIA

A Dios y a la Santísima Virgen María, por darme fortaleza y sabiduría.

A mi madre y abuelita por su apoyo y amor incondicional.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

EPIGRAFE

"El cambio siempre es complejo, y si queremos adaptarlo y controlarlo, tenemos que comprender exactamente lo que está en juego y no rendirnos ante los mitos del pasado, ni sobre el presente".

Jeffrey Weeks.- Sexualidad

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

RESUMEN

Objetivo: Se realiza el estudio del caso clínico de una gestante con el diagnóstico de Amenaza de Parto Pretérmino, teniendo como objetivos identificar los diferentes factores de riesgo asociados y analizar el manejo relacionado con ésta patología.

Resumen: Se presenta el caso de una gestante de 39 años, multigesta segundípara, bicesareada anterior, con una gestación de 33 semanas 4 días, que acude por emergencia tras presentar contracciones uterinas de moderada intensidad, vómitos y malestar general. Se le realiza monitoreo fetal donde se evidencia presencia de 2 a 3 contracciones en 10 minutos, se le administra Nifedipino 10mg en 3 dosis, pero al no ceder las contracciones uterinas es referida y hospitalizada. Se le solicita exámenes de sangre y orina, éste último teniendo como resultado Leucocitos de 15 a 20 por campo y bacterias 2+; por lo que se le solicita urocultivo y se empieza tratamiento antibiótico con Cefazolina.1g EV c /8 h.

Conclusiones: Del análisis del caso clínico podemos determinar algunos factores de riesgo que predisponen el desarrollo de la Amenaza de Parto Pretérmino, como la infección urinaria, la edad materna extrema >35 años y la multiparidad, por lo que es importante hacer un seguimiento exhaustivo y asesorar a la gestante ante la presencia de cualquier signo de alarma acudir al establecimiento de salud.

Se evidencia el cumplimiento del protocolo de atención de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Manejo del Parto Pretérmino ESSALUD. 2018, con el inicio de la hidratación y control obstétrico, inicio de tocólisis con Nifedipino, administración de tratamiento antibiótico para la Infección Urinaria. No se administró Corticoides, dado que la paciente ya había recibido un ciclo de Dexametasona en una oportunidad anterior (hace 1 semana).

Palabras clave: Amenaza de Parto Pretérmino, Infección de vías urinarias

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ABSTRACT

Objective: The study of the clinical case of a pregnant woman with the diagnosis of Threat of Preterm Birth is carried out, with the objectives of identifying the different associated risk factors and analyzing the management related to this pathology.

Summary: We present the case of a 39-year-old pregnant woman, with multiple pregnancies, with a previous bicesarean section, with a gestation of 33 weeks and 4 days, who came for an emergency after presenting with moderate intensity uterine contractions, vomiting and general malaise. Fetal monitoring was performed, showing the presence of 2or 3 contractions in 10 minutes. Nifedipine 10 mg was administered in 3 doses, but when the uterine contractions did not subside, she was referred and hospitalized. Blood and urine tests are requested, the latter resulting in Leukocytes of 15 to 20 per field and bacteria 2+; Therefore, a urine culture is requested and antibiotic treatment is started with Cefazolin.1g IV every 8 hours.

Conclusions: From the analysis of the clinical case we can determine some risk factors that predispose the development of the Threat of Preterm Birth, such as urinary infection, extreme maternal age >35 years, multiparity,; Therefore, it is important to carry out exhaustive monitoring and advise the pregnant woman to go to the health facility in the presence of any warning signs.

Compliance with the care protocol is evident according to the ESSALUD Clinical Practice Guide for the Prevention and Management of Preterm Birth. 2018, with the start of hydration and obstetric control, start of tocolysis with Nifedipine, administration of antibiotic treatment for Urinary Infection. Corticosteroids were not administered, since the patient had already received a cycle of Dexamethasone on a previous occasion (1 week ago).

Keywords: Threatened Preterm Birth, Urinary tract infection

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

INDICE

DEDICATORIA

EPIGRAFE

RESUMEN

ABSTRACT

INDICE

INTRODUCCION 1

CAPITULO I 1

MARCO CONCEPTUAL 3

1. PARTO PRETERMINO 3

1.1 DEFINICION 3

1.2 ETIOLOGIA 4

1.3 FACTORES DE RIESGO 4

1.4 CLINICA 6

1.5 DIAGNOSTICO 7

1.6 TRATAMIENTO 8

1.7 PREVENCION 11

1.8 COMPLICACIONES 13

2. INFECCION URINARIA 13

2.1 DEFINICION 13

2.2 ETIOLOGIA 14

2.3 FISIOPATOLOGÍA 14

2.4 FACTORES DE RIESGO 15

2.5 CLASIFICACIÓN 16

2.6 CLINICA 16

2.7 DIAGNOSTICO 19

2.8 TRATAMIENTO 20

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

2.9 PREVENCION 21

2.10 PROFILAXIS DE LA ITU RECURRENTE 22

CAPITULO II 3

MARCO METODOLOGICO 25

HISTORIA CLINICA 25

1. ANAMNESIS 25

1. **Filiación** 25
2. **Antecedentes Personales** 25
3. **Antecedentes Familiares** 25
4. **Antecedentes Gineco- Obstétricos** 26
5. **Antecedentes Socio- Económicos** 27
6. **Hábitos** 27

2. ENFERMEDAD ACTUAL 27

3. EXAMEN CLÍNICO 28

4. DIAGNÓSTICO 30

5. TRATAMIENTO 30

6. INDICACIONES 30

CAPITULO III 31

DISCUSION 32

CONCLUSIONES 34

RECOMENDACIONES 35

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 36

ANEXOS 40

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

INTRODUCCION

La prematuridad es una de las primeras causas de morbimortalidad neonatal y es responsable de un alto porcentaje de secuelas infantiles sobre todo en edades de gestación muy precoces. La incidencia de parto prematuro es alrededor del 10% del total de partos a nivel mundial y en Latinoamérica el 8% (1).

A nivel internacional, la tasa de nacimientos prematuros oscila entre el 4% y el 16% de los niños nacidos en 2020. Esto equivale a más de 1 de cada 10 nacimientos. Las complicaciones derivadas del nacimiento prematuro son la principal causa de mortalidad entre los menores de cinco años. Los nacimientos prematuros obedecen a distintas razones. La mayoría de ellos ocurren espontáneamente, pero algunos se deben a razones médicas, como los embarazos múltiples, las infecciones y afecciones crónicas como la diabetes y la hipertensión arterial (2).

Las investigaciones han permitido que pueda entenderse que el proceso que desencadena un parto pretérmino, es de origen multifactorial, siendo las causas más preponderantes; la anemia, el consumo de tabaco, la ruptura prematura de membranas, la hipertensión arterial, el sangrado transvaginal, el periodo intergenésico menor a 1 año, la infección del tracto urinario, la ausencia del control prenatal, el control prenatal deficiente, tener una edad materna inadecuada (>35 años), el oligohidramnios, el antecedente de aborto inducido, la preeclampsia (principalmente si el parto se desarrolla antes de la semana 33), el embarazo gemelar (que se asocia al 57-60 % de los embarazos gemelares como el 90- 92 % de los embarazos triples terminan en nacimientos prematuros). Detectarlos de forma temprana, permitirá aplicar las medidas terapéuticas necesarias para evitar complicaciones neonatales (3).

En el presente trabajo académico se realiza el estudio del caso clínico de una gestante con el diagnóstico de Amenaza de Parto Pretérmino, teniendo como objetivos identificar los diferentes factores de riesgo asociados y analizar el manejo relacionado con esta patología; el trabajo está organizado de la siguiente manera, en el primer capítulo se desarrolla el marco Conceptual donde se exponen las bases teóricas, continuando con el marco Metodológico donde se desarrolla a detalle la historia clínica de la paciente y culmina con el tercer capítulo donde se incluye la discusión, las conclusiones y las recomendaciones.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

CAPITULO I

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MARCO CONCEPTUAL

1. PARTO PRETERMINO

1.1 DEFINICION

a) Trabajo de Parto Pretérmino

Presencia de contracciones regulares que ocurren antes de las 37 semanas y se asocia con cambios en el cuello uterino (Borramiento mayor del 50% y dilatación de más de 1cm o o Borramiento y dilatación progresiva)

b) Parto Pretérmino.

El Parto Pretérmino (PPT) es el que se presenta después de las 22 semanas y antes de las 36.6 semanas de gestación; se pueden clasificar de acuerdo con la edad gestacional o peso de nacimiento en niveles de severidad.

La edad gestacional y los parámetros de crecimiento ayudan a determinar el riesgo de enfermedad del recién nacido. El principal factor que afecta a la capacidad de maduración de los órganos es la edad gestacional.

- Pretérmino extremo < a 28 semanas (5%)
- Severo o muy pretérmino 28 a < 32 semanas (15%)
- Moderado 32 a < 37 semanas, puede dividirse en:
  - Pretérmino tardío 34 a 36+6 semanas
  - Pretérmino temprano < a 34 semanas (4).

c) Amenaza de parto pretérmino

La Amenaza de Parto Pretérmino (APP) se define clásicamente como la aparición de una o más contracciones uterinas en 10 minutos, con nulas o escasas modificaciones cervicales y con una rotura o no de membranas, en una gestación de menos de 37 semanas. No obstante, estos parámetros presentan una baja sensibilidad y especificidad para predecir el parto pretérmino. En la mayoría de casos en los que la paciente ingresa con el diagnóstico clásico de amenaza de parto pretérmino, el riesgo real de desencadenarse el parto en los siguientes 7 días es muy bajo (10%) (5).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

1.2 ETIOLOGIA

La Amenaza de Parto Pretérmino puede tener un origen multifactorial. Las principales causas son:

- **Sobre distensión uterina** (gestación múltiple, polihidramnios).
- **Focalidad infecciosa** de otras partes del organismo (apendicitis, pielonefritis).
- **Infección/Inflamación Intraamniótica (IIIA) subclínica:** Es la causa conocida más frecuente de APP en edades gestacionales tempranas (< 32 semanas). Según datos de BCNatal y de forma muy similar a lo reportado en la literatura, un 18% del total de mujeres que ingresan por APP tendrán una infección-inflamación intraamniótica. La prevalencia de infección/inflamación intraamniótica es del 40% cuando debutan antes de las 32 semanas. Dado que la literatura refiere un mayor riesgo de parto pretérmino espontáneo y consecuentemente de morbilidad neonatal asociada, la identificación de esta etiología puede tener una importancia relevante para mejorar el pronóstico global de la gestación en estos casos. Es por este motivo que incluiremos la realización de una amniocentesis en el proceso diagnóstico en los casos en los que se desconozca la etiología desencadenante (5).

1.3 FACTORES DE RIESGO

En el Parto Pretérmino espontáneo se han reportado diferentes factores de riesgo. En estudios tanto nacionales como europeos, se han demostrado que las diferencias sociales, baja escolaridad, bajo nivel socioeconómico, trastornos hipertensivos o las infecciones del tracto urinario aumentan las posibilidades de un nacimiento pretérmino (6).

Los primeros estudios del papel de las infecciones urinarias en los nacimientos pretérmino demostraron una asociación entre bacteriuria asintomática en el embarazo temprano e incremento de las tasas de parto pretérmino. Diversos estudios han demostrado que la bacteriuria asintomática no tratada aumentó significativamente las tasas de bajo peso al nacer y parto pretérmino.

Los métodos para evaluar el riesgo de nacimiento pretérmino son múltiples en la actualidad. Del total de partos pretérmino, 40 a 50% son espontáneos, 20 a 30%

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

debido a entidades varias, entre las cuales se reconoce la infección de vías urinarias como un factor de riesgo frecuente. La asociación entre el tratamiento de las infecciones urinarias en el embarazo y la prevención de parto pretérmino puede estar relacionada con la prevención de la progresión de infecciones subclínicas a pielonefritis (6).

Dentro de los factores de riesgo asociados tenemos:

1.3.1. Materno

- Antecedente de aborto o de partos prematuros.
- Bajo nivel socioeconómico
- Edad menor de 15 o mayor de 40 años
- Tabaquismo: más de 15 cigarrillos por día
- Peso pre gravídico menor de 40 I‹g
- Menor de 4 controles prenatales
- Baja ganancia de peso durante el embarazo
- Analfabetismo
- Narco adicción
- Infección:
  - Cervicovaginal (Vaginosis bacteriana)
  - lntramniótica (con membranas ovulares integras)
  - Urinaria (pielonefritis)
  - ETS
  - TORCH
  - Hepatitis
- Anomalías útero cervicales:
  - Incompetencia cervical
  - Malformaciones uterinas
  - Miomatosis uterina
- Patologías que producen hipoxia:
  - Cardiopatfas
  - Asma
  - Alteraciones hematológicas
  - Diabetes Mellitus

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

  - Hipertensión arterial crónica o inducida por el embarazo
  - Anemia
- Cirugía abdominal previa durante el embarazo.
- Conización
- RPM y Corioamnionitis
- Traumatismos
- El esfuerzo físico y el estrés psíquico
- Prematuras iatrogénica por inducción o cesárea anticipada

1.3.2. Fetales

- Embarazo múltiple
- Malformaciones congénitas
- RCIU
- Óbito fetal
- Polihidramnios
- Oligohidramnios
- Infecciones intercurrentes

1.3.3. Placentarios

- Placenta previa
- Desprendimiento prematuro
- Placenta circunvalada
- Inserción marginal del cordón umbilical (7).

1.4 CLINICA

Los síntomas de la Amenaza de Parto Pretérmino no siempre son específicos, es decir, pueden variar e incluir: secreción de la vagina en forma de liquido, con mucosidad o hemorragia, molestias abdominales similar al menstrual, dolor lumbar, cólicos abdominales, contracciones uterinas con frecuencia e intensidad, generalmente sin dolor y ruptura prematura de membranas (8).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

1.5 DIAGNOSTICO

Ante una paciente que acude con un cuadro clínico compatible con amenaza de parto prematuro (sensación de dinámica uterina, dolor lumbar continuo, sensación de presión en la pelvis, manchado o sangrado vaginal leve, etc.) es importante:

a. **Datar gestación.** Si es posible, mediante la ecografía del primer trimestre.
b. **Anamnesis dirigida** a descartar la presencia de otros factores de riesgo, así como la presencia de otras patologías que contraindiquen la tocólisis (DPPNI, corioamnionitis, etc.).
c. **Exploración física** con el objetivo de descartar otro posible foco que de origen al dolor y/o a la dinámica uterina (p.ej. fiebre, peritonismo, puño percusión).
d. **Exploración obstétrica**
   - Comprobar frecuencia cardíaca fetal positiva.
   - Valoración del abdomen (altura uterina, estática fetal, irritabilidad uterina, etc.).
   - Especuloscopía: visualización del cérvix (descartar amniorrexis, metrorragias, etc.).
   - Tacto vaginal: no se hará de forma sistemática sino que se realizará ante dudas ecográficas o sospecha de trabajo de parto instaurado según el índice de Bishop. Evitaremos los tactos vaginales seriados ya que incrementan el riesgo de infección.
e. **Pruebas complementarias**
   - **RCTG (registro cardiotocográfico):** valorar dinámica uterina y descartar signos de pérdida del bienestar fetal.
   - **Ecografía transvaginal**: medición de la longitud cervical (5).

Cuando objetivamos dinámica uterina (DU) regular en una paciente que ha consultado por clínica compatible con amenaza de parto pretérmino, actuaremos en función del riesgo:

- **En pacientes de bajo y alto riesgo sin cérvix corto**: reposo y observación 2-3h en el área de urgencias para valorar si hay cambios en las condiciones cervicales considerando la posibilidad de administrar tocolísis oral (Nifedipino) de forma puntual.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

- **Si cede la DU y no existen modificaciones cervicales:** Valorar la alta domiciliaria con reposo relativo en las siguientes 24h y control obstétrico habitual.
- **Si no cede la DU pero no hay modificaciones cervicales:** Valorar ingreso hospitalario en observación durante 12-24h. Inicialmente, NO se administrará tratamiento tocolítico ni corticoides de forma sistemática. Sólo se utilizarán los tocolíticos como tratamiento sintomático y con una pauta de 12-24 horas si precisa. Alta precoz cuando ceda el cuadro sintomático.
- **Si hay modificaciones cervicales**: ingreso hospitalario.

El resto de pacientes de alto riesgo por cérvix corto o modificaciones cervicales serán tributarias de ingreso con el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino (5).

1.6 TRATAMIENTO

1.6.1. Medidas generales

Las pacientes con amenaza de parto pretérmino se les iniciará reposo y observación temporal para evaluación etiológica en el servicio de urgencias, se solicitará exámenes de laboratorio: sedimento de orina, urocultivo, frotis vaginal, hemograma, proteína C reactiva, etc. Si es necesario se procederá a realizar estudio ecográfico de urgencia más cervicometría (9).

- Hidratación vía endovenosa rápida con ClNa 0,9% x 1000 mi, iniciar 500 ml a goteo rápido y continuar a 50 gotas por minuto. El uso de hidratación para controlar la actividad uterina está basado en que la rápida administración de fluidos bloqueaba la liberación de ADH y de oxitocina, a través de la expansión del volumen sanguíneo. Siempre se prescribirán soluciones isoosmolares. El uso de hidratación no está exenta de riesgos, puesto que si ésta es seguida y /o asociada con uso de tocolíticos, incrementa la posibilidad de edema pulmonar.
- Reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo.
- Monitoreo materno y fetal. Confirmar edad gestacional
- Identificación rápida y corrección del factor causal (de ser posible) (9).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

1.6.2. Manejo Específico

En cuanto al manejo específico, utilizamos fármacos tanto como para la maduración pulmonar, neurológica y tocolíticos, tratando así de evitar el trabajo de parto y sus posibles complicaciones con el feto (9).

a) Tocolíticos

En mujeres con amenaza de labor de PPT entre las 24+0 y 33+6 semanas, sugerimos brindar terapia tocolítica por 48 horas con la finalidad de procurar retrasar el parto, lo cual permitirá administrar terapia con corticoesteroides y/o transferir al tercer nivel. Los bloqueadores de canales de calcio (nifedipino) son los agentes tocolíticos de primera elección. Después de 48 horas de terapia tocolítica, no indique terapia de mantenimiento tocolítica con sulfato de magnesio, betamiméticos orales, antagonistas de oxitocina ni bloqueadores de canales de calcio. Sin embargo, puede considerar terapia tocolítica de mantenimiento con progesterona vía vaginal (10).

Contraindicaciones: feto muerto, malformación fetal severa, corioamnionitis, hipertensión arteria1 severa, hemorragia materna severa y desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (9).

Nifedipino: Administrar 10 - 20 mg VO seguido por 10 - 20 mg VO después de 20 minutos si persisten las contracciones y 10 - 20 mg VO después de 20 minutos si persisten las contracciones, seguido por 10 - 20 mg VO cada 6 - 8 horas por 48 - 72 horas; considerando una dosis máxima diaria de 160 mg. Después de 72 horas si se requiere terapia de mantenimiento, puede rotarse a dosis única 30 - 60 mg VO por día (9).

b) Corticoides

Los corticoides manifiestan su efecto máximo aproximadamente entre las 24hrs y los 7 días posteriores al inicio de la administración. Como resultado se reduce el riesgo de muerte neonatal y menor incidencia de morbilidad neonatal, evitando las conocidas complicaciones como el síndrome de enterocolitis necrotizante, morbilidad infecciosa, distrés respiratorio, etc. Estas complicaciones deben ser tratadas en la unidad de cuidados intensivos neonatales (4).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

En mujeres que tienen una edad gestacional confiable de 24+0 a 33+6 semanas, en quienes el PPT es considerado inminente y no haya evidencia clínica de infección, recomendamos brindar corticoides prenatales. Cuando se decida administrar corticoides prenatales, recomendamos brindar un ciclo de Dexametasona intramuscular (IM) (6mg cada 12 horas hasta completar 4 dosis) o de Betametasona IM (12mg cada 24 horas hasta completar 2 dosis) (10).

Si el PPT no ocurre 7 días después del primer ciclo completado de corticoides y una evaluación clínica posterior demuestra que hay riesgo de PPT en los siguientes 7 días, sugerimos una única repetición del ciclo de corticoides prenatales. En mujeres elegibles, los corticoides prenatales deben ser administrados cuando el PPT se considere inminente en los próximos 7 días del inicio del tratamiento, incluso si se considera inminente en las próximas 24 horas (10).

c) Prevención de desorden neurológico en RN pretérmino (neuroprotección)

- En mujeres con 24+0 a 29+6 semanas de gestación en labor de PPT establecido o PPT planificado en las siguientes 24 horas, recomendamos brindar sulfato de magnesio endovenoso.
- En mujeres con 30+0 a 33+6 semanas de gestación en labor de PPT establecido o PPT planificado en las siguientes 24 horas, sugerimos brindar sulfato de magnesio endovenoso.

En los dos casos mencionados, la posología del sulfato de magnesio endovenoso será la siguiente: 4g en bolo en 15 minutos, seguido por 1g por hora hasta el nacimiento o por 24 horas (lo que suceda primero). En mujeres que están recibiendo sulfato de magnesio, monitorizar signos clínicos de toxicidad de magnesio por lo menos cada 4 horas, incluyendo reflejos profundos (ej. patelares), estado del sensorio, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial y diuresis. Si la mujer tiene o desarrolla signos de toxicidad por sulfato de magnesio, monitorizar más frecuentemente la toxicidad y considerar reducir su dosis (10).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

d) Antibióticos profilácticos antes del parto

En gestantes con RPM pretérmino recomendamos administrar antibióticos, sugerimos usar eritromicina como antibiótico de elección, a dosis de 250 mg vía oral cuatro veces por día, por diez días. En quienes el médico tratante tenga sospecha bacteriológica que justifique añadir ampicilina, brindar combinación de ampicilina y eritromicina por lo menos durante dos días, seguido por amoxicilina y eritromicina oral. Se debería monitorizar la presencia de signos de corioamnionitis y otras infecciones. Para ello, se debe combinar la evaluación clínica con proteína C reactiva, leucocitos y medición de latidos fetales con cardiotocografía. Tener en cuenta que cada prueba por separado no es suficiente para confirmar o excluir la infección intrauterina. Si los resultados de la evaluación clínica o cualquiera de las pruebas no son consistentes entre ellos, se deberá observar a la paciente y considerar repetir las pruebas (10).

e) Vía del parto

El parto Pretérmino deberá ser atendido por médico Gineco obstetra. Antes de decidir la vía del parto, debe tenerse en cuenta las siguientes consideraciones, particularmente en los fetos de muy bajo peso (750 a 1500 gr), los cuales son muy vulnerables a la hipoxia y al trauma obstétrico.

- Parto vía vaginal si la edad gestacional es mayor de 34 semanas, si no existe contraindicación obstétrica con presencia de médico neonatólogo o médico pediatra experimentado.
- Cesárea: A partir de las 28 semanas hasta las 34 semanas

En casos a menor EG o límite realizar junta médica. El trabajo de parto pretérmino no es una indicación para el parto por cesárea de rutina.

- El parto vaginal es el método de referencia para fetos únicos y gemelos prematuros con presentación de vertex.
- El parto vaginal después de un parto por cesárea anterior no está contraindicado en casos de parto pretérmino (11).

1.7 PREVENCION

La prevención primaria que corresponde a lo que se hace en ausencia de la enfermedad para prevenir su ocurrencia; en este caso, políticas a realizar en la población general para prevenir la amenaza de parto pretérmino, los elementos

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

fundamentales en esta área son control pre concepcional, evaluación de la presencia de factores de riesgo y control prenatal (9).

A nivel preconcepcional se recomienda una consulta a toda la población de mujeres en edad fértil donde se realizarán acciones de promoción y prevención de la salud, se buscará detectar condiciones de salud general que puedan ser optimizadas desde una perspectiva reproductiva tales como corregir hábitos alimentarios y controlar/prevenir sobrepeso y obesidad que aumenta el riesgo de parto prematuro, entre otros. De igual manera se controlará la adicción al alcohol, drogas o tabaco (9).

En gestantes se realizará búsqueda de factores de riesgo durante el primer control gestacional. Las pacientes con factores de riesgo serán derivadas al nivel secundario (consultorio de alto riesgo u otro) antes de diez días de establecida la condición de riesgo; el resto de la población continúa en control habitual en el nivel primario. También se hará una búsqueda de infección del tracto urinario, en el primer control de embarazo se solicita urocultivo, el que debe ser realizado idealmente alrededor de las 12 semanas de gestación (9).

Por otro lado, la Guía de Práctica Clínica Essalud 2018 recomienda brindar información y apoyo a gestantes con riesgo de PPT, sospecha de PPT, diagnóstico de PPT o en quienes haya sido necesario planear un PPT (así como a sus familiares), que incluya:

- Dar información oral y escrita.
- Describir los síntomas y signos de la labor de PPT.
- Explicar a la mujer el cuidado que se le podría ofrecer.
- Dar información sobre probabilidad de sobrevida y otros riesgos a corto y largo plazo del RN, para lo cual se deberán expresar las cifras como frecuencias naturales (ej. 1 en 100).
- Informar sobre el cuidado de RN PT incluyendo el establecimiento de salud al cual debe acudir para su cuidado.
- Informar sobre los problemas inmediatos que se pueden presentar en un RN PT.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

- Informar sobre las posibles consecuencias a largo plazo de la prematuridad (cómo crecen y se desarrollan los RN PT).
- Informar sobre cómo la gestante puede establecer su posición sobre la resucitación del RN. Fomentar constantemente posibilidad para hablar y realizar preguntas sobre el tema. Cuando sea posible, brindar la oportunidad de visitar la unidad de cuidados neonatales.
- Brindar la oportunidad de hablar con un neonatólogo o pediatra.
- Considerar que la mujer (y su familia) pueden estar especialmente ansiosos.
- En gestantes asintomáticas con antecedente de PPT espontáneo, recomendamos indicar progesterona vaginal micronizada (200 mg, una vez al día [durante la noche] desde el inicio del segundo trimestre en adelante o por lo menos hasta la semana 34).
- En gestantes asintomáticas con cérvix corto identificado en ecografía transvaginal sugerimos progesterona vaginal micronizada (200 mg, una vez al día [durante la noche] desde el inicio del segundo trimestre en adelante o por lo menos hasta la semana 34).
- La identificación del cérvix corto (<25mm) debería realizarse en la ecografía transvaginal del segundo trimestre, entre las 18 y 22 semanas (10).

1.8 COMPLICACIONES

Aquellos bebes que nacen antes de las 37 semanas de gestación, presentan mayor inmadurez de todos los órganos y sistemas, así como mayor incidencia de patologías que pueden provocar que los órganos no se desarrollen de manera correcta. Algunas de las complicaciones que presentan con mayor frecuencia los prematuros son: distrés respiratorio, hemorragia intraventricular, retinopatía, persistencia del conducto arterioso, enterocolitis necrotizante, sepsis, hipotermia, hipoglucemia, hiperbillirubinemia, hipotiroidismo transitorio, anemia y enfermedad renal crónica (8).

2. INFECCION URINARIA

2.1 DEFINICION

La infección del tracto urinario (ITU) se define como la existencia de gérmenes capaces de producir alteraciones funcionales y morfológicas en la vejiga, sistemas

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

colectores o riñones. Se asocia predominantemente al sexo femenino debido a la anatomía del tracto genitourinario, los hábitos miccionales y situaciones fisiológicas como el embarazo (12).

El factor de riesgo más importante en las infecciones de vías urinarias es el embarazo. El 5-10% de las embarazadas presentan una infección vías urinarias bajas en el curso de la gestación. Un 10% de los ingresos hospitalarios en gestantes se deben a infecciones de vías urinarias. La bacteriúria asintomática no tratada es un factor de riesgo de pielonefritis, bajo peso al nacer y parto pretérmino (5).

2.2 ETIOLOGIA

En general los gérmenes causantes de infecciones del tracto urinario durante la gestación son los mismos que en público general:

- Bacilos Gram negativos: Escherichia coli, procedente de la flora enterobacteriana es el microorganismo más habitual y causante de la mayor parte de estas infecciones (80-90% casos).

  Le siguen por orden de importancia: Proteus mirabilis, Kelbsiella pneumoniae.
- Cocos Gram positivos: Enterococcus spp, Staphylococcus saprophyticus o streptococcus beta agalactiae (SGB). A mayor edad gestacional, mayor probabilidad de Gram positivos principalmente SGB (5).

2.3 FISIOPATOLOGÍA

La infección ocurre por la invasión de patógenos provenientes de restos fecales o flora normal de la zona, en vía ascendente desde la vagina y la región perianal, contaminando así el tracto urinario estéril. Durante el embarazo el cuerpo sufre múltiples cambios para ajustarse al estado grávido y el sistema urinario no es la excepción. Los riñones aumentan de tamaño hasta 1 cm y la tasa de filtración glomerular aumenta entre un 30-50%. Asimismo, alrededor de la séptima semana de gestación se puede observar una hidroureteronefrosis leve debido a un aumento en la progesterona. Esto provoca dilatación ureteral, disminución del tono muscular liso, disminución de la peristalsis ureteral y relajación del esfínter vesical. Además, alrededor de las semanas 22-26 el continuo crecimiento del útero provoca una

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

obstrucción mecánica por desplazamiento de la vejiga, contribuyendo a estasis urinaria (12).

Los cambios fisicoquímicos en la orina durante el embarazo se asocian con glucosuria por la incapacidad de aumentar la reabsorción de glucosa paralelamente al aumento de la filtración glomerular fisiológica, siendo este un ambiente propicio para la multiplicación de patógenos (13).

2.4 FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo asociados al desarrollo de ITU en mujeres embarazadas son los mismos que en las mujeres no gestantes, sin embargo, a estos se les agregan diferentes cambios fisiológicos que vuelven más susceptibles a las embarazadas de sufrir recurrencia. Estos factores de riesgo pueden ser:

- Uretra corta.
- Patologías que causen estasis urinaria.
- Edad avanzada.
- Nivel socioeconómico bajo.
- Multiparidad.
- Historia de infecciones urinarias previas (30% de riesgo repetir un episodio).
- Diabetes mellitus preexistente.
- Relaciones sexuales frecuentes.
- Malformaciones uroginecologicas mullerianas.
- Enfermedad neurológica (vaciado incompleto, vejiga neurogena).
- Anemia de células falciformes
- Mala higiene de la zona perineal
- Patologías: riñones poli quísticos, litiasis renal, Insuficiencia renal, anomalías renales congénitas (13).

En un estudio en nuestro medio encontraron que el factor de riesgo conductual más importante para predecir bacteriuria asintomática fue la retención voluntaria de la orina, lo cual incrementa la frecuencia de bacteriuria asintomática en 3 veces. Así mismo, la conducta de tener relaciones sexuales diarias incrementaría la bacteriuria asintomática en 72% (14).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

2.5 CLASIFICACIÓN

Las ITU son clasificadas de diversas formas: alta o baja, aguda o crónica, no complicada o complicada, sintomática o asintomática, nueva o recurrente y comunitaria o nosocomial.

- La infección del tracto urinario baja se define como la colonización bacteriana a nivel de uretra y vejiga que normalmente se asocia a la presencia de síntomas y signos urinarios, como urgencia, disuria, polaquiuria, turbidez y olor fétido de la orina. Incluye a la cistitis y uretritis.

- La infección del tracto urinario alta se define como la presencia de signos y síntomas de ITU baja, asociada a colonización bacteriana a nivel ureteral y del parénquima renal, con signos y síntomas sistémicos como, escalofríos, fiebre, dolor lumbar, náuseas y vómitos. En este grupo se encuentran las pielonefritis (9).

2.6 CLINICA

Las formas clínicas presentación de ITU durante el embarazo son las siguientes: Bacteriuria asintomática, cistitis y Pielonefritis aguda.

2.6.1. Bacteriuria Asintomática (BA)

Es la presencia de bacterias en la orina de la embarazada en ausencia de síntomas clínicos. En general se admite que las tasas de bacteriuria asintomática durante el embarazo son similares a las de la población no gestante y se considera que la mayor parte de ellas son previas al embarazo (9).

La prevalencia es del 2-11% siendo más frecuente en multíparas, mujeres con nivel socioeconómico bajo e infección urinaria previa. También aumentan el riesgo la diabetes y otras enfermedades. La bacteriuria asintomática es detectable ya en las primeras semanas de embarazo. Por ello se recomienda el cribado de las gestantes para la detección de la Bacteriuria Asintomática durante el primer trimestre (9). Ante la presencia de factores de riesgo se debe continuar

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

seguimiento con urocultivos entre las semanas 18 y 20 y nuevamente entre las semanas 32 y 34 (13).

Se debe tener en cuenta que el 20-40% de las BA no tratadas evolucionan a pielonefritis aguda. El 60-70% de los casos de pielonefritis son precedidos de Bacteriuria asintomática. Además, es probable que la bacteriuria asintomática sea un factor desencadenante de parto pretérmino y consecuentemente de prematuridad, peso bajo e inmadurez orgánica (9).

El diagnóstico es microbiológico (cultivo orina con > 100.000 unidades formadoras de colonias UFC/mL). La muestra de orina debe obtenerse bajo determinadas condiciones de asepsia (como la limpieza previa de genitales externos, separación de labios vulvares y recogida del chorro medio de la micción espontánea). No es necesario el sondaje vesical, salvo circunstancias que pueden interferir en la interpretación del resultado (5).

El tratamiento suele iniciarse, en el caso de poseer antibiograma, con el antibiótico de menor espectro. Sin embargo, en ausencia de este, se propondrá tratamiento empírico con una duración estándar de 4-7 días. Tras el cumplimiento de la terapia se debe comprobar resolución del cuadro con urocultivo 7-15 días post-tratamiento, con una tasa de curación esperada del 80-90%. En caso de persistencia del cuadro, se debe valorar el antibiograma en búsqueda de una mejor sensibilidad antibiótica, de lo contrario, se recomienda repetir el urocultivo mensualmente. Además, se deberá otorgar tratamiento antibiótico profiláctico para bacteriuria asintomática recurrente después de dos tratamientos completos ineficaces (12).

Al indicar un tratamiento antibiótico es importante explicar a la paciente medidas higiénicas con el objetivo de reducir la contaminación bacteriana del meato uretral y evitar reinfecciones:

1. Evitar duchas vaginales.
2. Lavarse las manos antes de usar el baño.
3. Usar jabón líquido para prevenir la colonización que se puede generar en la barra de jabón.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

4. Iniciar la higiene genital y perineal por el meato uretral
5. Limpiarse de delante hacia atrás tras orinar o defecar (5).

2.6.2. Cistitis

La cistitis aguda complica de un 1% a un 4% de todos los embarazos. Se considera una ITU primaria pues no se desarrolla a partir de una bacteriuria asintomática previa. Se caracteriza por la presencia de disuria, polaquiuria, micción urgente (síndrome miccional), acompañado a menudo de dolor suprapúbico, orina maloliente y en ocasiones hematuria.; en ausencia de fiebre y dolor lumbar. En el 95% de los casos de infección es monomicrobiana, siendo el germen responsable más frecuente es Escherichia Coli, seguido de Klebsiella spp y Proteus spp. En una paciente con cistitis, el análisis de orina suele demostrar:

- Sedimento: piuria (en general > 3 leucocitos por campo de 40 aumentos).
- Urocultivo positivo (> 100.000 UFC/ml). La cistitis asociada a dolor lumbar, signos sistémicos de infección y fiebre indican siempre afectación renal (9).

El manejo suele iniciarse de manera empírica, dado que generalmente no se dispone de la sensibilidad antibiótica al momento del diagnóstico, y cuya duración estándar es de 7 días. Para el manejo ambulatorio se aconseja reposo relativo, consumo de 2 a 3 litros de líquidos diarios, mejora de hábitos miccionales, como evitar retrasar el vaciamiento vesical por más de 3 a 4 horas, adecuada higiene con limpieza anal hacia atrás y el tratamiento de vaginitis en caso de presentarse. De igual manera se debe comprobar la resolución del cuadro con urocultivo en 7-15 días tras finalizar el tratamiento antibiótico y repetirlo mensualmente (12).

6.2.3. Pielonefritis aguda

Es una infección de la vía excretora alta y del parénquima renal de uno o ambos riñones (generalmente el lado derecho), que suele presentarse en el último trimestre y es casi siempre secundaria a una bacteriuria asintomática no diagnosticada previamente o no tratada correctamente y que ocasiona signos

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

y síntomas muy floridos que alteran el estado general de la paciente. Su incidencia es del 1-2% de todas las gestantes (9).

La clínica incluye aparte de sintomatología de cistitis, alteración del estado general, fiebre, sudoración, escalofríos y dolor lumbar intenso y constante. La exploración física suele ser muy demostrativa: la puño percusión lumbar homolateral suele exacervar el dolor de manera intensa lo que contrasta con la normalidad de la zona contralateral. Las complicaciones de mayor gravedad que pueden aparecer en el curso de una pielonefritis son las complicaciones respiratorias y el choque séptico (15- 20% cursan con bacteriemia) (9).

El diagnóstico clínico se confirma con el urocultivo con > 100.000 UFC/ml en orina. En el sedimento encontraremos leucocituria y pueden aparecer también cilindros leucocitarios, proteinuria y hematíes (9).

2.7 DIAGNOSTICO

Cuando se sospecha una infección del tracto urinario, el primer estudio consiste en realizar una tira reactiva para detectar la presencia de nitritos y esterasa leucocitaria. Más de 70 publicaciones muestran que la sensibilidad de ambas determinaciones para ambas es variable, nitritos 45%-60%; esterasa leucocitaria 17 al 93%. La detección de 10 o más leucocitos por milímetro cúbico en orina fresca (piuria) puede asociarse con infección del tracto urinario. Para minimizar la contaminación de la muestra muchos clínicos optan por la recolección de la parte media de la micción, siendo éste, el método mejor aceptado (6).

El cultivo urinario puede mostrar la concentración de bacteriuria, identificar al patógeno responsable y su sensibilidad a los antibióticos. Tiene una alta sensibilidad y especificidad para diagnosticar bacteriuria significativa. No se recomienda su uso de rutina en las pacientes embarazadas, a menos que tengan infecciones recurrentes (6).

La infección del tracto urinario es diagnosticada cuando se aíslan más de 100 mil unidades formadoras de colonias por mililitro, de una sola especia de bacteria de siembra directa de muestra urinaria. En infecciones del tracto urinario no

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

complicadas no se solicitan las pruebas de imagen (ecografía renal) de rutina, pero en pacientes en las cuales se sospeche anomalía anatómica, o en infección del tracto urinario de repetición en embarazadas deben considerarse. Si se diagnostica una anomalía uterina (útero didelfo), el tracto urinario superior debe ser revisado para descartar anomalías existentes (6).

La presencia de Streptococcus del grupo B o cocos gram positivos en la orina, sugiere una alta colonización vaginal, lo que deberá considerarse al recomendar profilaxis antibiótica durante el parto, para prevenir la sepsis neonatal (6).

2.8 TRATAMIENTO

Existen diferentes regímenes recomendados por los diferentes estudios y guías internacionales, sin embargo, se debe tener en cuenta que el tratamiento empírico debe orientarse hacia la resistencia antimicrobiana local documentada, la cual se recomienda sea menor al 20% para el fármaco que se esté pensando administrar, la disponibilidad del medicamento, su tolerancia y costo. El uso de quinolonas está contraindicado en caso de resistencia local mayor al 10% o si se ha recibido este fármaco en las últimas 6 semanas. En todos los casos, después de obtener el cultivo con antibiograma, se debe hacer el ajuste pertinente al fármaco más adecuado (14).

Los antibióticos orales son el tratamiento de elección para la bacteriuria asintomática y la cistitis. El tratamiento recomendado para la pielonefritis es el ingreso hospitalario y la administración del antimicrobiano intravenoso. La profilaxis con antimicrobianos está indicada en algunos casos. Las pacientes tratadas con tres o más episodios de cistitis o episodios de pielonefritis durante el embarazo pueden continuar con una profilaxis diaria del antimicrobiano hasta el final del embarazo (6).

El tratamiento generalmente se inicia de manera empírica antes de tener los resultados específicos del urocultivo. No es posible establecer un régimen específico de tratamiento durante el embarazo, pero los esquemas recomendados para el tratamiento oral se resumen de la siguiente manera:

- Nitrofurantoína 100 mg oral cada 8 horas por 5 a 7 días.
- Amoxicilina 875 mg cada 12 horas (o 500 mg cada 8 horas) por 5 a 7 días.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

- Amoxicilina /clavulanato (875/125 mg) cada 12 horas por 5 a 7 días.
- Cefalexina 500 mg cada 6 horas por 5 a 7 días.
- Fosfomicina 3g oral como dosis única diluido en 120 ml de agua (6).

El tratamiento empírico deberá ser evaluado luego de 72 horas y/o con el resultado del urocultivo, con el objetivo de mantener o cambiar el tratamiento antibiótico según el resultado de sensibilidad del agente microbiano (15).

2.9 PREVENCION

Con el aumento de la resistencia microbiana asociada a los antibióticos, la prevención de las infecciones cobra mayor importancia para disminuir las infecciones de vías urinarias. A continuación mencionamos recomendaciones profilácticas generales para evitar infecciones de vías urinarias como:

- ✓ Evitar múltiples parejas sexuales.
- ✓ Evitar uso de talco, tinas y duchas vaginales.
- ✓ Vaciamiento completo de la vejiga y de manera frecuente.
- ✓ Uso de preservativo.
- ✓ Después de la actividad sexual vaciar vejiga.
- ✓ Uso de ropa interior de algodón.
- ✓ Correcta limpieza de genitales.
- ✓ Higiene intima con jabón suave sin aroma al menos una vez al día.
- ✓ Evitar productos con perfume o alérgenos en el área genitourinaria (13).

.

El aumento del consumo de agua es una modificación al estilo de vida que ha demostrado una disminución significativa en la prevalencia de ITU en pacientes de todas las edades, se demostró que al consumir 1.5 litros extra a los previos, disminuyó la incidencia de cistitis en 50-58% (13).

El ingrediente activo del arándano, polifenol tipo A proantocianidina, previene la adhesión de las fimbrias P de E. coli a las células uroteliales disminuyendo la colonización por el patógeno, sin embargo, estudios a lo largo de los últimos 10 años han demostrado resultados contradictorios respecto a su efectividad en la

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

reducción de incidencia de infecciones. En estudios recientes como el de Sihra et al, en el 2018 se concluyó que los ingredientes del arándano reducen significativamente la incidencia de infecciones de vías urinarias, sin embargo, es la falta de consenso en el modo de empleo y la heterogeneidad entre los estudios que no permite extrapolar los resultados a la práctica clínica (13).

La ingesta de vitamina C (ácido ascórbico), al igual que el jugo de arándano, ha demostrado resultados contradictorios, sin embargo, el último estudio que se realizó mostró que la ingesta de 100 mg de vitamina C por 3 meses redujo la incidencia en un 17% de infecciones urinarias sintomáticas durante el embarazo (13).

La administración de antibióticos profilácticos es recomendada bajo ciertas circunstancias, como es el caso de pacientes con infecciones recurrentes, donde puede ser administrado como profilaxis postcoital. Existen diferentes esquemas, siendo los más utilizados: Nitrofurantoina 100 mg cada 24 horas o Cefalexina 500 mg cada 24 horas vía oral por 1-6 meses. Comunicarle al paciente los posibles efectos adversos de estos medicamentos es primordial, puesto que son la principal causa de descontinuar el tratamiento (13).

2.10 PROFILAXIS DE LA ITU RECURRENTE

Consiste en la administración de tratamiento antibiótico para prevenir la reaparición de infecciones del tracto urinario.

Indicaciones:

- Tratamiento antibiótico profiláctico está indicado en casos de BA o cistitis recurrente después de 3 o más urinocultivos positivos a pesar de tratamiento completo eficaz. Después del 3º tratamiento (4-7 días) iniciaríamos profilaxis.
- Pielonefritis recidivada durante la gestación o urinocultivo positivo tras episodio de PNA correctamente tratado.
- Tras un único episodio de PNA en pacientes con patología renal o de vías excretoras (monorrena, trasplantada renal, reflujo...)
- Valorar tratamiento supresor tras un único episodio de PNA en casos de inmunosupresión u otras condiciones médicas maternas graves (16).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

La profilaxis antibiótica se realiza una vez finalizada la pauta de tratamiento, y durante el resto de la gestación hasta 4-6 semanas postparto. Los fármacos recomendados son:

- Cefalexina 250 mg/24 h vo (cápsulas, preferiblemente administrar por la noche) a través de preparación de fórmula magistral en farmacia. No es posible hacer receta electrónica vía SIRE. Precisa de receta médica en papel.
- Fosfomicina trometamol 3g vo 1 sobre cada 5 días (5, 10, 15, 20, 25 y 30 de cada mes) (16).

Es necesario valorar los cultivos y antibiogramas previos para decidir qué fármaco es el más adecuado. De las 2 pautas, la mejor tolerada es la cefalexina. Además, la cefalexina es un fármaco que no pasa al colon y se elimina íntegramente por la orina, con lo que su utilización prolongada no altera la flora intestinal. Se recomienda realizar un urinocultivo al 1 mes de iniciar la profilaxis. En el 95% de los casos serán negativos. Si el urinocultivo resulta positivo, valorar si hay que modificar la dosis o el tipo de profilaxis (16).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

CAPITULO II

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MARCO METODOLOGICO

HISTORIA CLINICA

1. ANAMNESIS

1. **Filiación**
   - Apellidos y nombres: R.C. H.
   - Número de cama: 407A
   - Edad: 39 años
   - Sexo: femenino
   - Religión: Católica
   - Raza: Mestiza
   - Estado Civil: Conviviente
   - Ocupación actual: Ama de casa y trabajo independiente(comerciante)
   - Lugar de procedencia: Arequipa
   - Lugar de nacimiento: Arequipa
   - Fecha de nacimiento : 16/08/84
   - Grado de instrucción: Secundaria completa
   - Fecha de ingreso: 16/6/2024
   - Fecha de alta: 20/6/2024
   - Fecha de elaboración de HC: 17/6/2024
2. **Antecedentes Personales**
   - Nacida de parto: parto eutócico
   - Alergias: Niega
   - Quirúrgicos: Bicesareada anterior
   - Patológicos: Niega
   - Medicación: Suplementos vitamínicos para gestación
   - Transfusiones: Niega
   - Grupo sanguíneo: O+
   - Inmunización: vacunas completas
3. **Antecedentes Familiares**
   - Padre: vive, Hipertensión arterial en tto.
   - Madre: vive, Hipertensión arterial en tto.
   - Hijas: aparentemente sanas

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

4. **Antecedentes Gineco- Obstétricos**

Antecedentes ginecológicos

- Menarquía: 11 años
- Régimen catamenial: Regular, 5/28-32
- Inicio de relaciones sexuales: 20 años
- Número de parejas sexuales: 1
- Método anticonceptivo: Inyectable mensual
- Dismenorrea: No
- Infecciones ginecológicas: Si, recibió tratamiento
- Examen de mamas: Normal
- PAP: marzo 2024, negativo

Antecedentes obstétricos

- G2 P 2002
  - Número de gestaciones: 2
  - Número de partos a término:2
  - Número de partos prematuros: 0
  - Número de abortos: 0
  - Número de hijos vivos: 2
  - Embarazos Anteriores:
    - 3/1/2010: Cesárea por distocia funicular, EG:37sem, RN F, peso 2700g
    - 4/4/2018: Cesárea por presentación podálica, EG:37sem, RN F, peso 2800g

Embarazo actual

- FUR: 25/10/2023
- FPP: 01/08/2024
- Controles prenatales, lugar: Si, 6 controles en el Hospital
- Embarazo deseado: No
- Peso pregestacional:48 Talla:1.40 IMC:24 Peso actual:58
- Ganancia de peso: 10kg
- AU:31cm SPP:LCD LCF: 150xmin Mov fetales:+++

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

5. **Antecedentes Socio- Económicos**
   - Vivienda: Propia
   - Zona: Urbana
   - Material: Noble
   - Servicios básicos: Luz, agua potable y desagüe
   - Residencias anteriores: alquiladas
   - Crianza de Animales: 01 perro.
6. **Hábitos**
   - Dieta: balanceada, consumo de verduras y frutas
   - Actividad física: activa
   - Té: Eventual
   - Café: Eventual
   - Tabaco: niega
   - Alcohol: niega
   - Drogas: niega.

2. ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de la enfermedad: 4 días

Síntomas Principales: contracciones uterinas, vómitos y malestar general.

Historia de la enfermedad: Gestante de 39 años, multigesta segundípara, bicesareada anterior, con una gestación de 33 semanas 4 días, que acude por emergencia tras presentar contracciones uterinas de moderada intensidad, vómitos y malestar general. Al ingreso se le realiza un monitoreo fetal donde se evidencia la presencia de 2 a 3 contracciones en 10 minutos, se le administra Nifedipino 10mg en 3 dosis, pero al no ceder las contracciones uterinas es referida y hospitalizada.

Como antecedente, una semana antes del ingreso dicha paciente estuvo hospitalizada también por Amenaza de Parto Pretérmino, presentando dinámica uterina, recibe maduración pulmonar con Dexametasona, 6mg c/12hr x 4 dosis, se aplicó tocólisis con Nifedipino 10mg, 1 tab c/8h. El tratamiento tuvo buenos resultados, puesto que las contracciones uterinas cesaron y la paciente fue dada de alta a los dos días.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

En el hospital de destino se repite el test no estresante: frecuencia cardiaca fetal entre 130 – 138 por minuto, variabilidad moderada, aceleraciones presentes, desaceleraciones no hubo, movimientos fetales presentes, dinámica uterina: 2 a 3 /10/++, siendo el resultado Categoría I.

Se le realiza una ecografía obstétrica donde se encuentra un feto en longitudinal cefálica derecha, latidos cardiofetales de 148 latidos por minuto, movimientos fetales presentes, placenta corporal anterior grado II/III, ponderado fetal de 2173gr, índice de líquido amniótico adecuado, pozo máximo 24cc, cervicometría 31.9mm.

Se solicitan exámenes de laboratorio:

- **ECO**: leucocitos 15-20 x campo, bacterias 2+, células epiteliales abundantes.
- **Hemograma automatizado:** Leucocitos 11.31, HB 14.4, Neutrófilos 89.8, Plaquetas 261, TGO: 32.9, TGP: 24,2, DHL: 221.

Se le administra Metoclopramida 10mg STAT EV y Simeticona 80gts STAT VO. Se realiza tocólisis con Nifedipino 10mg, 1 tab c/8h VO.

Al tener el diagnostico de Infección Urinaria, se solicita un urocultivo y se inicia tratamiento antibiótico con Cefazolina.1g EV c /8 h EV.

La gestante tuvo una evolución favorable permaneciendo hospitalizada 4 días.

3. EXAMEN CLÍNICO

a) General:

Al examen aparente regular estado general, regular estado de hidratación, regular estado de nutrición, se encuentra lúcida, orientada en tiempo espacio y persona, refiere leve dolor tipo contracción de forma esporádica.

Al momento de examen:

Funciones Vitales:

-Presión Arterial: 115/70 mmHg -Frecuencia Cardiaca: 71 x’

-Frecuencia Respiratoria: 20 x’ -Saturación de Oxígeno: 92%

-Temperatura: 36.2 ºC

-Peso: 58 Kg -Talla: 1.40 m -IMC: 24

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

b) Piel y Faneras:

Piel: Trigueña, tibia, turgente y elasticidad conservada

Pelo: De color castaño oscuro, de buena implantación y adecuada cantidad

Uñas: Se encuentran en buen estado de conservación, lecho ungueal rosáceo, llenado capilar menor a 2 seg.

c) Cabeza

Cráneo: Normocéfala, de consistencia dura, no se evidencia depresiones, ni tumoraciones, no doloroso a la movilidad

Cejas: Cantidad regular, Pelos ubicados en los arcos ciliares

Párpados y pestañas: Conservados, pestañas de buena implantación

Conjuntivas: Palpebrales rosáceas, húmedas

Pupilas: Redondeadas, centrales de color café oscuro

Nariz: Normorrínea, de ubicación central, tabique conservado, con fosas nasales permeables, no se evidencia presencia de secreciones.

Boca: Simétrica, móvil, no se evidencia lesiones.

Dientes: Con buena higiene, piezas dentarias incompletas (molar derecho faltante), uso de braquets.

Oídos: De buena implantación, tibias, con audición conservada. Canal auditivo permeable, no se evidencia presencia de secreciones.

d) Cuello:

Delgado, móvil, no se palpan nódulos. No doloroso a la deglución

e) Tórax:

Móvil, simétrico, no se evidencia retracciones intercostales. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares

f) Mamas:

Globulosas, simétricas, con pezones formados, no se evidencia secreción calostral.

g) Cardiovascular

Ruidos cardiacos rítmicos y regulares. No se auscultan soplos cardiacos.

h) Abdomen:

Globuloso, por embarazo en curso, no doloroso a la palpación. AU: 31 cm SPP: LCD LCF: 148 x'-151 x' Se evidencia cicatriz de cesárea anterior Pfannenstiel en buenas condiciones. No presencia de queloide.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

i) Genito urinario:

A la puño percusión negativa. Al examen ginecológico, genitales externos de nulípara. No se evidencia sangrado ni flujo transvaginal.

j) Columna Vertebral y Extremidades

No se evidencia desviaciones, ligeramente dolorosa a la posición en decúbito. Extremidades móviles. No se evidencia edema.

k) Neurológico

Paciente lúcida, orientada en tiempo espacio y persona. Despierta al momento de examen, atenta, no se evidencia alteraciones en el lenguaje sin déficit motor, tono muscular conservado.

4. DIAGNÓSTICO

- Gestación de 33 semanas 4 días.
- Amenaza de parto pretérmino.
- Infección del tracto urinario.

5. TRATAMIENTO

- Nifedipino 10mg, 1 tab c/8h VO.
- Metoclopramida 10mg STAT EV.
- Simeticona 80gts STAT VO.
- Cefazolina 1g c/8h EV.

6. INDICACIONES

- Control de Funciones Vitales.
- Control Obstétrico: Dinámica Uterina, Latidos Cardiofetales, Movimientos Fetales.
- Control de Signos de Alarma.
- Exámenes de Laboratorio: Hemograma, Examen de orina, Urocultivo.
- Monitoreo Fetal, Ecografía Obstétrica.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

CAPITULO III

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

DISCUSION

Según Escobar B, Gordillo L, Martínez H. en su estudio "Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hosptital de segundo nivel de atención" (17) el parto pretérmino suele estar asociado a variables sociológicas, historia obstétrica y a complicaciones del embarazo actual. Se han relacionado factores demográficos entre los que se incluyen la edad materna (jóvenes menores de 15 y mayores de los 35 años), si se tuvo un parto pretérmino antes y las condiciones asociados con el estilo de vida, dentro de ellos está el nivel socioeconómico bajo, el alcoholismo, tabaquismo, y la falta de atención prenatal; teniendo en común con nuestro estudio la edad materna y el nivel socioeconómico bajo. Cabe mencionar que a pesar de haber asistido a 6 controles prenatales, la gestante no supo reconocer la dinámica uterina como signo de alarma para acudir al hospital de forma temprana.

Según Gil E. en su estudio "Factores de riesgo maternos en la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital II-1 Rioja." (18) halló que los factores de riesgo presentes en las gestantes fueron paridad multigesta y gran multigesta, infección urinaria y antecedentes de aborto o parto prematuro. Menciona además algún factor sociodemográficos como las edades extremas (< 19 años y > 34 años), estado civil casado o conviviente, ocupación ama de casa, instrucción secundaria/superior; siendo éstas algunas de las características presentes en la gestante de estudio.

Según Martínez A. et al., en su estudio "Estudio de caso control en amenaza de parto prematuro y sus factores de riesgo en gestantes" (19), reportó una asociación para la amenaza de parto pretérmino con las variables gestante añosa, menos de seis controles prenatales, paridad, antecedente de parto pretérmino e infección de tracto urinario. Indica que las infecciones del tracto urinario bajo son un factor de riesgo conocido para el desarrollo de parto pretérmino debido a que los organismos implicados pueden inducir respuestas inflamatorias e inducir la producción interleucinas, citoquinas, prostaglandinas y proteasas; que a su vez conllevan a la activación del mecanismo de trabajo de parto como son el incremento de la contractilidad uterina, la presencia de cambios a nivel cervical y la ruptura de las membranas corioamnióticas. La importancia de esto radica en el hecho de que, al tratarse de un factor de riesgo modificable, se pueden realizar intervenciones que disminuyan la incidencia de ITU en gestantes y con

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ello la incidencia de parto pretérmino, así como las complicaciones fetales producidas por este.

Respecto al periodo intergenésico, la OMS (20) ha reportado que existe elevación del riesgo materno-fetal en relación a la duración del periodo intergenésico, considera periodo intergenésico corto (PIC) aquel menor a 18 meses y periodo intergenésico largo (PIL) aquel mayor a 60 meses, en ambos casos existe el riesgo de parto pretermino. En nuestro estudio el periodo intergenésico fue largo, de 6 años.

Según Guevara G., en su estudio "Amenaza de parto pretérmino: factores determinantes y tratamiento de remisión en gestante de 26 semanas. Hospital de nivel III, Lima – 2021" (21), indica que los factores maternos que determinaron la ocurrencia de amenaza de parto pretérmino son la infección urinaria, la vaginosis, la anemia, la paridad y la cesárea anterior dos veces; lo que coincide con nuestro caso, en la presencia de la infección urinaria, multiparidad y las cesáreas anteriores. El control prenatal se identificó como factor de riesgo para prematurez, ya que el 17% de las mujeres que cursaron con parto pretérmino refirió no haber acudido cuando menos a cinco consultas prenatales (cifra aceptada por la OMS) durante todo el desarrollo del embarazo.

Según Zerna C., Fonseca R., Viteri A., Zerna C.,en su estudio "Identificación de factores de riesgo de parto pretérmino. Caso Hospital Enrique C. Sotomayor" (22) identificaron como factores de riesgo para desencadenar el parto pretérmino la edad menor de 19 años y mayor de 35 años, tal como lo menciona la literatura mundial, que las considera como grupo de riesgo, además del bajo grado de escolaridad, multiparidad e inasistencia al control prenatal; corroborando una vez más que la edad, la baja escolaridad y la multiparidad como factores de riesgo en nuestro estudio.

Según Ayala FD, et al, en su estudio "Factores de riesgo para parto pretérmino idiopático según prematuridad" (23) concluyeron que los factores de riesgo asociados a parto pretérmino idiopático fueron longitud cervical corta, obesidad materna, antecedente de parto pretérmino, edad materna avanzada, antecedente de cesárea previa, periodo intergenésico corto, periodo intergenésico largo y primiparidad; otro estudio que considera las cirugías previas como factor de riesgo a desarrollar parto pretérmino.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

CONCLUSIONES

Primera: Los factores de riesgo que predisponen la Amenaza de Parto Pretérmino, en el caso clínico presentado fueron la infección urinaria, la edad materna extrema >35 años y la multiparidad.

Segunda: El diagnóstico y referencia inmediata de la paciente del centro de atención de origen fue oportuno. Se evidencia el cumplimiento del protocolo de atención de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Manejo del Parto Pretérmino ESSALUD. 2018, con el inicio de la hidratación y control obstétrico, inicio de tocólisis con Nifedipino, administración de tratamiento antibiótico para la Infección Urinaria identificada. No se administra Corticoides, dado que la paciente ya había recibido un ciclo de Dexametasona en una oportunidad anterior (hace 1 semana).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

RECOMENDACIONES

1. A los obstetras, realizar la captación temprana de la gestante, de preferencia en el primer trimestre, hacer la identificación oportuna de posibles riesgos y complicaciones durante el embarazo para su pronta referencia y manejo adecuado.

2. A los obstetras, educar a las gestantes y su entorno familiar sobre los factores de riesgo y signos de alarma del embarazo en cada control prenatal; para que aprendan a reconocerlos y de presentarlos, puedan acudir al establecimiento de salud más cercano.

3. A los obstetras, que soliciten los exámenes auxiliares (laboratorio y ecografías) de forma oportuna, desde el primer control prenatal, verifiquen el cumplimiento y entrega de resultados; para así poder diagnosticar de forma inmediata cualquier complicación obstétrica y poder brindar el tratamiento más adecuado a la gestante.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1) Aguilera, A; Montoya, R; Delfin, D; Dajaruch, M. Riesgos maternos asociados a la prematuridad. Multimed 2019 [Internet], Cuba: Universidad de Ciencias Médicas de Granma.; 2019. [citado el 18 agosto 2024] Vol.23 N°.5 Granma sept.-oct. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000501155
2) OMS, Nacimientos prematuros 2023. [Internet], Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth
3) Rodríguez A., Hernández E., Villafuerte J., Mesa Z., Hernández Y., López A., Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Medisur [Internet]. 2019 [citado el 18 de agosto 2024]. Vol 17 N°4, Cienfuegos jul.-ago. 2019,505-513. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2019000400505&lng=es
4) Parisuaña Y., Amenaza De Parto Pretérmino. Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo – Essalud Diciembre 2022. [Tesis de especialidad]. Arequipa: Universidad Católica de Santa Maria; 2022.72p. [citado el 18 de agosto 2024]. Disponible de: https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/58d3a9b5-e55e-4de6-adb8-d4117dbfed66
5) Protocolo: Amenaza De Parto Pretérmino, Hospital Clínic- Hospital Sant Joan De Déu- Universitat De Barcelona. Disponible en: https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/amenaza_de_parto_pretermino_hcp_hsjd.pdf
6) Torres O., Hernández I., Meneses C, Ruvalcaba J., Infección urinaria como factor de riesgo para parto pretérmino. JONNPR. 2020;5(11):1426-43. DOI: 10.19230/jonnpr.3779. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v5n11/2529-850X-jonnpr-05-11-1426.pdf
7) Castro M., "Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento del Parto Pretérmino 2023", Hospital Nacional Cayetano Heredia. Disponible en: https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2023/RD/RD_109-2023-HNCH-DG.pdf
8) Guía Técnica: Guía de intervención de Enfermería en el servicio de Gineco – Obstetricia 2023, Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5432082/4853236-rd-260-2023-dg-hsb.pdf

9) Orbegoso Z., Infección del tracto urinario como factor de riesgo asociado al desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes que acuden al Hospital Nacional Hipólito Unanue, entre julio y setiembre del 2015. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Ricardo Palma. 2016. 74p. [citado el 18 de agosto 2024]. Disponible en: https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/570/Orbegoso_z.pdf?sequence=1&isAllowed=y

10) Guía de Práctica Clínica para la prevención y manejo del Parto Pretérmino. Guía en versión corta,, Essalud 2018. Disponible en https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2021/11/GPC_PPT_Version-Corta_2.pdf

11) Nalvarte R., "Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Amenaza de Parto Pre termino y Parto Pre término" del Hospital Santa Rosa. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6687622/5807406-rd-191-2024-dg-hsr-minsa.pdf

12) Víquez M., Chacón C., Rivera S. Infecciones del tracto urinario en mujeres embarazadas. Revista Médica Sinergia. Vol. 5 Num. 5. Mayo 2020, e482 ISSN: 2215-4523, e-ISSN: 2215-5279. Disponible en: https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/482/842

13) Mejia J., Contreras K., Valero A., Del Pelayo m., Tawney C., Infecciones de vías urinarias en el embarazo, revisión de la literatura. Revista Homeostasis [Internet]. 2023 [citado el 25 de agosto 2024] Vol 6 (2), 11p. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/homeostasis/hom-2023/hom232e.pdf

14) Instituto Nacional De Salud, Tira reactiva en orina para el diagnóstico de bacteriuria asintomática en gestantes. Serie Evaluación de Tecnología Sanitaria N°02-2022. Disponible en https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3484608/ETS_02_2022_tira_reactiva_dx_bacteriurea_asintomatica_gest.pdf

15) Guia de Practica Clinica para el manejo de la Infección de Tracto Urinario no complicada. Guía en versión corta, Essalud 2019. Disponible en

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

https://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/tecnologias_sanitarias/GPC_ITU_Vers_Corta.pdf

16) Protocolo: Infección vías urinarias y gestación, Hospital Clínic- Hospital Sant Joan De Déu- Universitat De Barcelona. Disponible en: https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/infecciones-urinarias-y-gestacion.pdf

17) Escobar B, Gordillo L, Martínez H. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un Hospital de segundo nivel de atención. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. [Internet]. 2017 [citado el 25 de agosto 2024]. Vol 55(4):424-8. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im174d.pdf

18) Gil E. Factores de riesgo maternos en la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital II-1 Rioja. [Tesis de especialidad]. Lima-Perú: Universidad San Martín de Porres. Facultad de Obstetricia y Enfermería; 2020. 44p. [citado el 24 de agosto 2024]. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/6661

19) Martinez A., Virú H., Roque J. , Alburqueque J. , Saldaña C., Estudio de caso control en Amenaza de parto pretérmino y sus factores de riesgo en gestantes en un hospital de referencia del Perú durante la pandemia COVID-19. 2022; Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud [Internet]. 2022. [citado el 24 de agosto 2024] Vol.20 N°1 Asunción Apr. 2022. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1812-95282022000100039

20) Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros [Internet]. 2018. [citado 25 de agosto 2024] Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/.

21) Guevara G., Amenaza de Parto Pretérmino: factores determinantes y tratamiento de remisión en gestante de 26 semanas. Hospital de nivel III, Lima – 2021 [Tesis de especialidad]. Moquegua, Universidad José Carlos Mariátegui; 2019.45p. [citado el 25 de agosto 2024]. Disponible en : https://repositorio.ujcm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12819/2227/Giovanna_trab-acad_titulo_2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y

22) Zerna C., Fonseca R., Viteri A., Zerna C., Identificación de factores de riesgo de Parto Pretérmino. Caso Hospital Enrique C. Sotomayor, Revista Ciencia Unemi

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

[Internet] 2018, [citado el 15 de setiembre 2024]. vol. 11, núm. 26, pp. 134-142. Disponible en https://www.redalyc.org/journal/5826/582661257012/html/

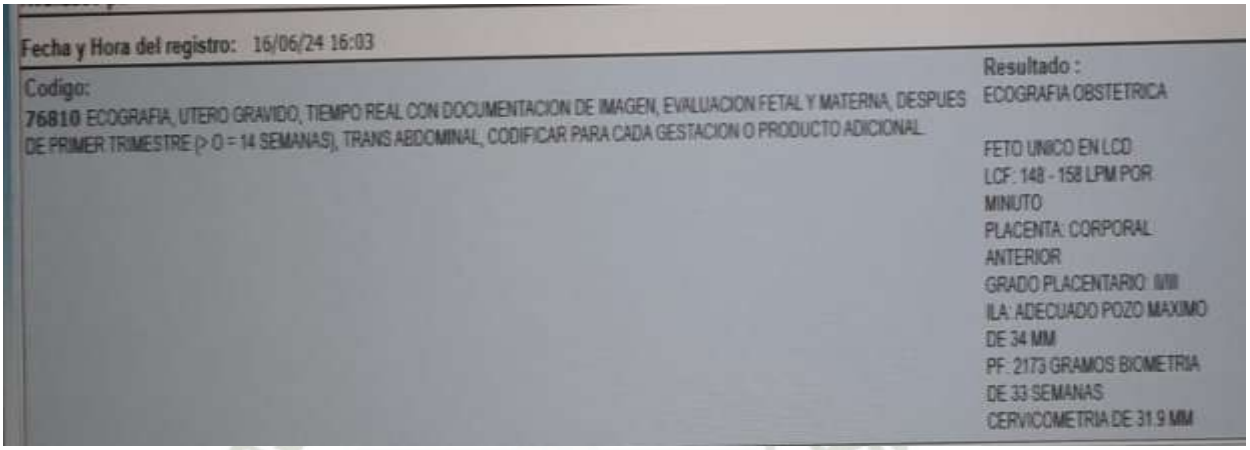
23) Ayala Peralta FD, Gonzales-Medina C, Minaya León P, Mejico Caja M, Morales Alvarado S, Valdivieso Oliva V, Reyes Serrano BN, Moreno Reyes KF. Factores de riesgo para Parto Pretérmino idiopático según prematuridad. Rev. Perú Investig. Matern. Perinat. [Internet] 2022, [citado el 15 de setiembre 2024]. Vol 11(1): 18-25. Disponible en https://doi.org/10.33421/inmp.2022277

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ANEXOS

Anexo 1: Ecografía Servicio de emergencia (16/6/2024)



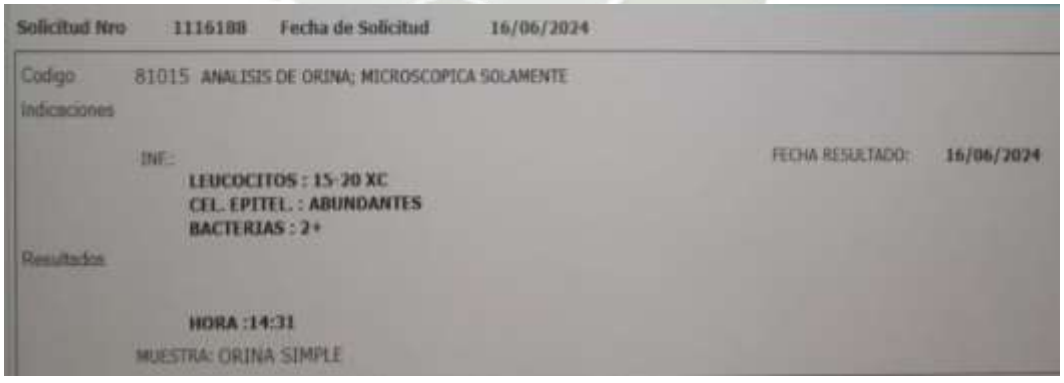
Fecha y Hora del registro: 16/06/24 16:03

Codigo:
76810 ECOGRAFIA, UTERO GRAVIDO, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACION DE IMAGEN, EVALUACION FETAL Y MATERNA, DESPUES DE PRIMER TRIMESTRE (> O = 14 SEMANAS), TRANS ABDOMINAL, CODIFICAR PARA CADA GESTACION O PRODUCTO ADICIONAL

Resultado :
ECOGRAFIA OBSTETRICA

FETO UNICO EN LCD
LCF: 148 - 158 LPM POR MINUTO
PLACENTA: CORPORAL ANTERIOR
GRADO PLACENTARIO: II/III
ILA: ADECUADO POZO MAXIMO DE 34 MM
PF: 2173 GRAMOS BIOMETRIA DE 33 SEMANAS
CERVICOMETRIA DE 31.9 MM

Anexo 2: Examen completo de orina Servicio de emergencia (16/6/2024)



Solicitud Nro 1116188 Fecha de Solicitud 16/06/2024

Codigo 81015 ANALISIS DE ORINA; MICROSCOPICA SOLAMENTE

Indicaciones

INF.: FECHA RESULTADO: 16/06/2024

LEUCOCITOS : 15-20 XC
CEL. EPITEL. : ABUNDANTES
BACTERIAS : 2+

Resultados

HORA :14:31

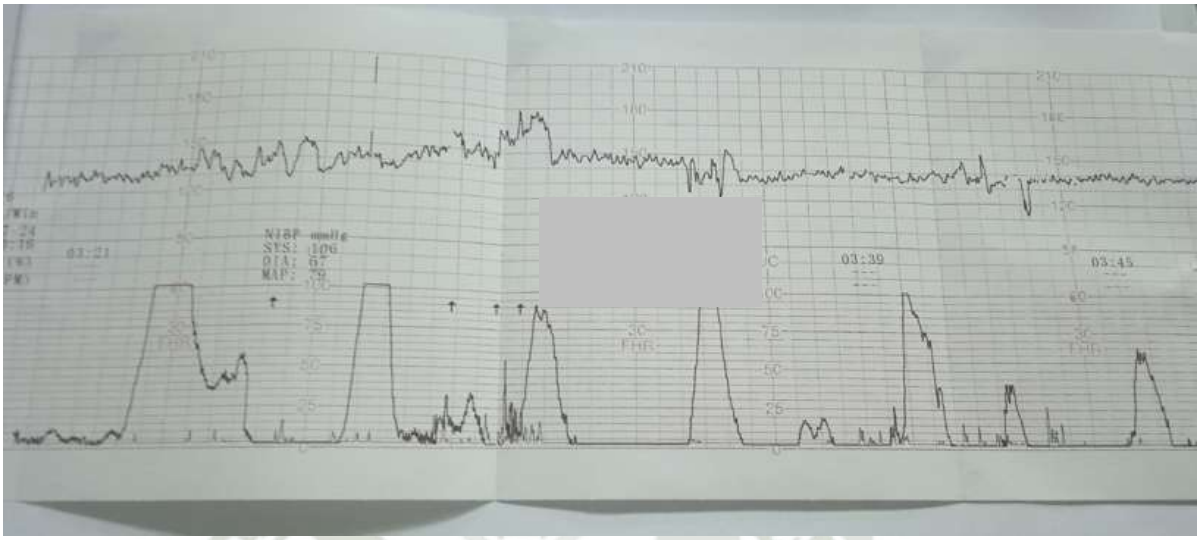
MUESTRA: ORINA SIMPLE

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

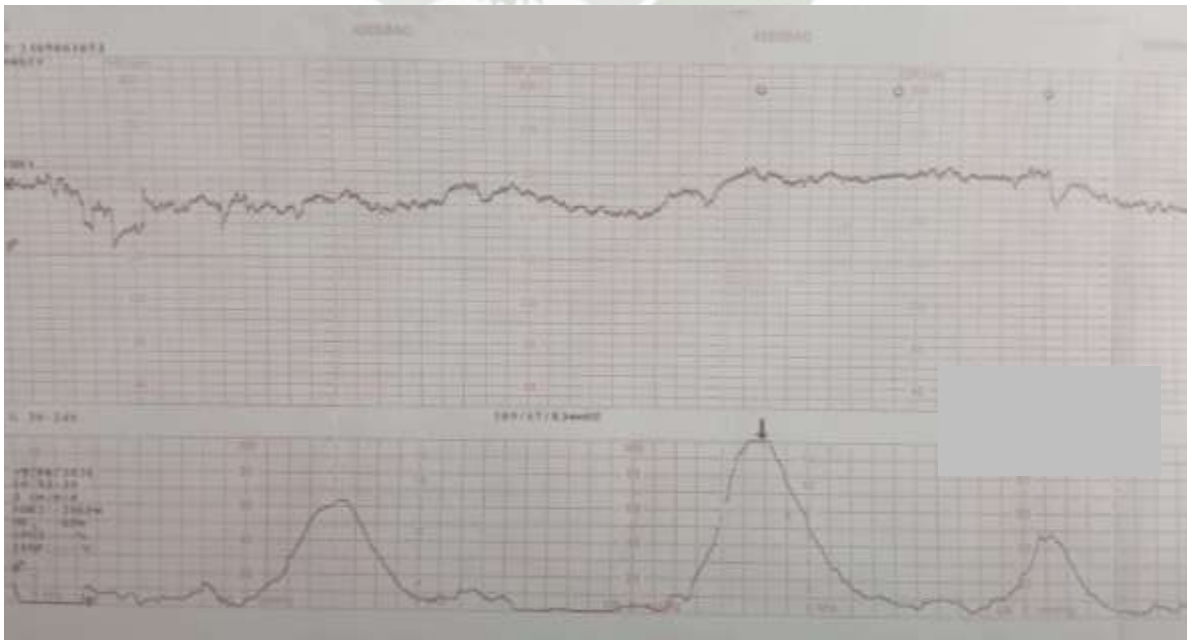
REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

Anexo 3: NST 1 Servicio de emergencia (16/6/2024)



Anexo 4: NST 2 Servicio de Hospitalización (17/6/2024)

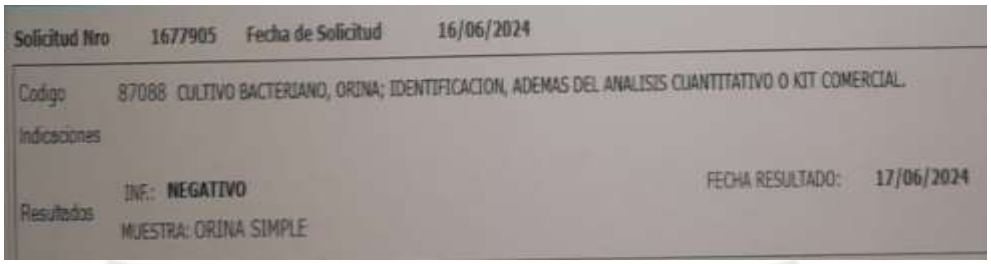


Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

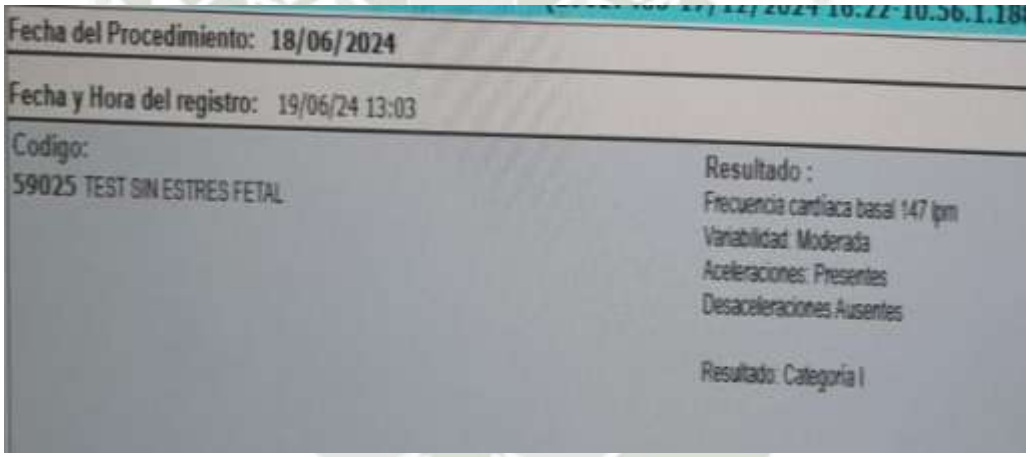
REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

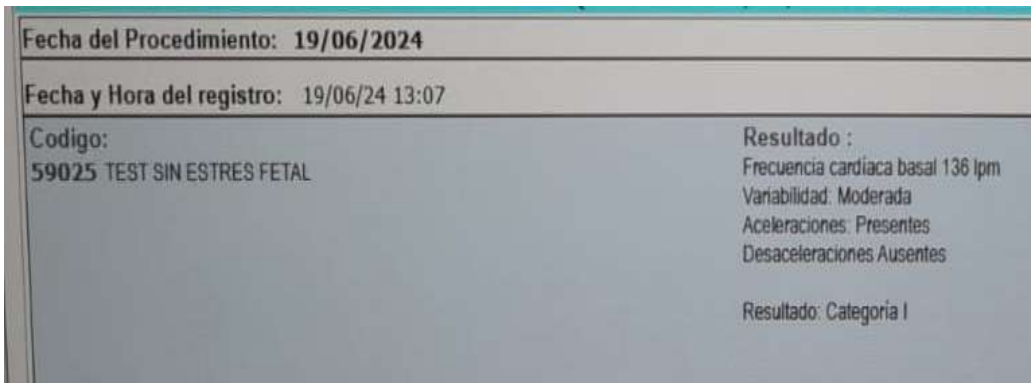
Anexo 5: Resultado de Urocultivo (17/6/2024)



Anexo 6: NST 3 Servicio de Hospitalización (18/6/2024)



Anexo 7: NST 4 Servicio de Hospitalización (19/6/2024)

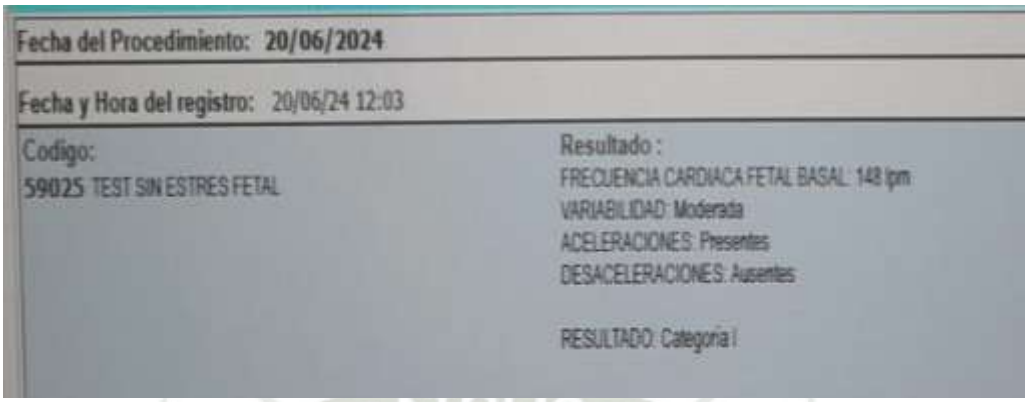


Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

Anexo 8: NST 5 Servicio de Hospitalización (20/6/2024)



Fecha del Procedimiento: 20/06/2024

Fecha y Hora del registro: 20/06/24 12:03

Codigo:
59025 TEST SIN ESTRES FETAL

Resultado :
FRECUENCIA CARDIACA FETAL BASAL: 148 lpm
VARIABILIDAD: Moderada
ACELERACIONES: Presentes
DESACELERACIONES: Ausentes

RESULTADO: Categoria I

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis