

TÍTULO DEL PROYECTO

PROCESOS INFECCIOSOS EN RELACIÓN CON LAS COMPLICACIONES OBSTETRICAS

SIGLAS

PROIRCO

TIPO DE PROYECTO

Aplicada

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

LINCAP

DURACIÓN ESTIMADA

Fecha de inicio: 04/01/2016 Fecha de término: 20/12/2016

PARTICIPANTES

- Saldarriaga Lopez Cecilia Cristyna (Investigador) — 18134366
- Calderon Meza Luzmila (Coordinador(Inv. Principal)) — 000000368
- Lucumi Castro Sandy Massiel (Estudiante) — 000122763
- Gorritti Castro Luis Eduardo (Investigador) — 000030126

INSTITUCIÓN O LUGAR A EJECUCARSE

- Centro de Salud Alto Moché (Obstetricia)

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿EXISTE RELACION ENTRE LOS PROCESOS INFECCIOSOS Y LAS COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN GESTANTES, EN EL CENTRO DE SALUD ALTO MOCHE. 2016 ?

II. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Estudios realizados **Cindy Silva Ch. Juliana Pico G. 2010** Bosa Bogotá. En la población analizada total fueron 458 gestantes solteras entre 14 y 43 años, estrato socioeconómico bajo, de las cuales 96.5% presentaron uro análisis sugestivo de IVU y 42,6% evidenció urocultivo positivo, siendo la *Escherichia Coli* (86.2%) el agente etiológico aislado más frecuente, en 39,1% se registraron complicaciones obstétricas tales como: amenaza de parto pretérmino (15%), seguido de amenaza de aborto, bajo peso al nacer, parto pretérmino, aborto, RCIU y sepsis neonatal.³

Estudios realizados **Mery Merchán O. 2011**. Loja Ecuador, hizo una investigación que tiene como objetivo determinar bacteriuria asintomática y su relación con infección de vías urinarias en mujeres gestantes que acuden al Centro de Salud tipo A de la Ciudad de la Joya de los Sachas, el tipo de estudio fue descriptivo-documental-retrospectivo.

Se tornó como importante tema de estudio ya que en esta ciudad existe un alto índice de infecciones urinarias en la mayoría de la población, por cuanto se optó por tomar una población con mayor riesgo como son las mujeres en etapa de gestación.

En conclusión: El estudio se realizó para evitar complicaciones en el binomio madre-hijo y el uso erróneo de antibióticos que favorecen la resistencia bacteriana en las mujeres gestantes, tomando al uro cultivo como el principal examen a realizar, para conocer si existe o no una infección bacteriana, y el patógeno causante de dicha infección así mismo él o los medicamentos de primera elección.⁴

Paredes G. y Santa Cruz, 2011. realizaron en Trujillo- Perú. Indicaron que el mayor porcentaje (70,91%) correspondía a complicaciones perinatales. La corioamnionitis fue la complicación materna más frecuente (87,50%), en tanto que el síndrome de dificultad respiratoria (30,77%), infección neonatal (35,90%) y sufrimiento fetal agudo (20,51%) fueron las complicaciones perinatales más frecuentes. La vía de terminación de la gestante por la vía alta (cesárea) fue el 61,54%,³

García G. y Altamirano S. realizaron estudios en Trujillo – Perú año 2001. La incidencia que de parto pre terminó fue de 14,9% para una población de gestantes entre 10 y 19 años.

Los factores de mayor influencia en el parto pre terminó fueron la anemia 28,95% y las infecciones del tracto urinario n 23,68%.La mortalidad neonatal fue de 12% con un peso de 32% entre 2000 a 2500gr.⁵

Moreno R. y Ramírez C. realizaron estudios en Trujillo – Perú año 2000. Según la investigación se concluyó el síndrome de flujo vaginal es una de las molestias más frecuentes que se presentan en las gestantes durante la consulta obstétrica. Existe un alto porcentaje de dehiscencias de episiorrafias en puerperio. Como la evidencia muestra investigación, pues de un total de 92 gestantes, el 52,2% hizo dehiscencia de episiorrafia.

El microorganismo patógeno responsable de la mayor incidencia de síndrome de flujo vaginal fue la Gardnerella vaginalis con 60,9%, luego la trichomonas vaginales 19,6% y finalmente la candida albicans con 8,7%⁶.

Burgos M. y Carranza L. Salaverry 2011. Lima – Perú realizaron estudios de 150 mujeres la incidencia de infección urinaria fue de 47,3% según diagnóstico clínico, 35,3% según diagnóstico por examen completo de orina y de 38% por urocultivo. Los síntomas y signos más frecuentes que presentaron las mujeres con infección urinaria fueron molestos supra público 69,8%, cefalea 67,9%, polaquiuria 66%, disuria 50,9%, edema de miembros inferiores 47,2% y oliguria 41,5%.⁷

Calvo Y. y Juárez M. en Lima – Perú, realizaron estudios y hallaron que el 88,30% de las

gestantes añosas presentaban complicaciones maternas perinatales. Siendo las más frecuentes ruptura prematura de membranas (20,19%) cesáreas (55,52%), fiebre (9,78%) y bajo peso (13,56%).⁸

Heredia L. y Mesones A. realizaron estudios en Lima – Perú, donde se realizaron las historias clínicas y encontraron 35 casos de desprendimiento prematuro de placenta, con una incidencia del 1.03%.

La edad más frecuente varía entre los 20 a 29 años (5,14%), el 51,43% eran embarazos a término, la mayoría tenía control prenatal adecuado (54,14%). Predominaron las nulíparas (62,86%) y la patología concomitante más frecuentes fue la preclampsia (40%), la mayoría presento como sintomatología clínica a la hemorragia) 85,71%).

Las causas más frecuentes de morbilidad (post parto) fueron; la anemia severa con el 57,14% y la endometritis con el 8,57%. No presento morbilidad el 60,00% de los casos.⁹

Álvarez M. y Gamboa P. Trujillo – Perú 2006, realizaron estudios donde se encontró que la frecuencia de la hiperémesis gravídica fue de 32% y del cual el 80% de las gestantes manifestaron sintomatología clínica de infección del Tracto Urinario y un 76% presento urocultivo positivo, encontrándose que existe relación significativa entre las pacientes con hiperémesis gravídica y aquellas gestantes que presentaron infección del tracto urinario.¹⁰

En el Hospital Universitario Ginecoobstétrico "Mariana Grajales" de Santa Clara de enero de 2007 a diciembre de 2008, con el objetivo de describir los principales factores relacionados con la morbilidad obstétrica grave. Para la recogida de la información se confeccionó un formulario con las variables de interés a través de la revisión de historias clínicas individuales, de entrevistas a las pacientes y de datos ofrecidos por el departamento de estadísticas del hospital. Se constató que en el periodo del estudio 93 pacientes presentaron morbilidad obstétrica grave. Las principales causas estuvieron relacionadas con la hemorragia con 39,8 % y la pre eclampsia 37,6%; la sepsis solo apareció relacionada en un 4,3 %; el parto distócico por cesárea fue un evento obstétrico relacionado directamente con la morbilidad grave y la realización de histerectomías obstétricas. Existe una relación directa entre los resultados maternos y los resultados perinatales en este grupo de pacientes. Se utilizaron los servicios de Terapia intensiva en los casos de extrema gravedad y ocurrieron 4 muertes maternas en estos dos años, se dejaron de vivir un total de 169 años por causas asociadas a la maternidad, y como promedio de años de vida potencialmente perdidos, cada mujer dejó de vivir 42,25 años por dichas causas.¹¹

Meza M. 2012. En Guayaquil se realizó una investigación sobre complicaciones y frecuencia de las infecciones de vías urinarias en adolescentes embarazadas en esta investigación tuvo como propósito determinar las complicaciones y la frecuencia con las que se presentan las infecciones de vías urinarias en adolescentes gestantes, las mismas que son causadas por diferentes microorganismos, entre ellas la Entero bacterias como son: Escherichia Coli, Enterobacter,

Klebsiella, Enterococos, Pseudomonas, Proteus entre otras. El estudio tiene una visión crítico – propositiva ya que no solo se busca la frecuencia, infecciones vías urinarias (IVU) en las mujeres gestantes adolescentes, sino también encaminarnos a la solución para disminuir los factores de riesgos materno fetal, las mismas que pueden presentarse antes, durante y después del parto. Se observaron 55 casos. Concluyo diciendo que la frecuencia de las infecciones de vías urinarias se da con mayor frecuencia en las embarazadas de 15 a 17 años siendo que esta infección ocupa una alta incidencia en el Hospital Gineco-Obstétrico “Enrique C. Sotomayor” que está asociada a factores de riesgos como las infecciones urinarias recurrentes, la primigravidez, y sus complicaciones con un alto índice de amenaza de parto¹²

III. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO (IMPORTANCIA, BENEFICIARIOS, RESULTADOS ESPERADOS)

Se han hecho muchos trabajos. Sobre infecciones del tracto urinario y sobre flujo vaginal, los cuales han obtenido como resultados que las infecciones producen sepsis en la madre y el niño, pero no se está tomando en cuenta que detrás de estas infecciones existen otras denominadas de origen inespecíficos que proceden de la región entérica y que todos estos procesos pueden estar provocando las complicaciones obstétricas y neonatales.

Es muy alta la incidencia de las complicaciones en las gestantes y sus bebés y con índices elevados en la región y de alto índice de mortalidad materna y perinatal.

Es así que para las obstetras de la región La Libertad es de gran preocupación la manifestación de estas complicaciones durante el embarazo parto y puerperio y del recién nacido, que pueden ser disminuidas grandemente si se amplían a la clínica y a la sintomatología.

La obstetra diagnostica la sintomatología patológica como la cefalea, el dolor bajo vientre, las contracciones uterinas, dolor lumbar y flujo vaginal entre otras. Es de suma importancia para evitar las complicaciones obstétricas y brindar la atención correcta según cada caso.

Con esta investigación se quiere demostrar que dando tratamiento ante una sintomatología probable de infección vamos a evitar las complicaciones obstétricas en el futuro de la gestante. Así aportaremos una alternativa de solución para disminuir las complicaciones obstétricas por ende disminuir la morbimortalidad materna perinatal en la atención de las gestantes durante su control prenatal. Es así que motivados por esta problemática de salud pública hemos decidido realizar este trabajo de investigación.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar si existe relación entre los procesos infecciosos y las complicaciones obstétricas en el Centro de Salud Alto Moche.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.-Determinar si existe relación en las infecciones del tracto urinario y las infecciones vaginales en la amenaza de aborto
- 2.-Determinar si existe relación en las infecciones del tracto urinario y las infecciones vaginales y la amenaza de parto prematuro
- 3.-Determinar si existe relación en las infecciones del tracto urinario y las infecciones vaginales y la pre eclampsia.
- 4.-Determinar si existe relación en las infecciones del tracto urinario y las infecciones vaginales y el desprendimiento prematuro de placenta.
- 5.-Determinar si existe relación en las infecciones del tracto urinario y las infecciones vaginales en la endometritis puerperal

V. MARCO TEÓRICO

Se estima que mas de un millón de mujeres en las Américas sufren eventos maternos que ponen en riesgo sus vidas.Cada año,alrededor de 10 millones de mujeres a nivel global y un millón en las americas quedan con una secuela o discapacidad grave producida por una complicación durante el embarazo y el parto, según estimaciones de Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).Por cada mujer que muerwe por complicaciones en el embarazo y el parto en las Américas,la OPS/OMS estima que otras 20-alrededor de 1,2 millones cada año- sufren una complicación que puede costarles la vida.Un estudio mundial de la OMS,"Más allá de las intervenciones esenciales para la reducción de la mortalidad materna", mostro que el número de mujeres con morbilidad grave %5Benfermedad%5D varia entre los diferentes hospitales de América, del 3 a 38 casos por cada muerte materna.En algunos hospitales,la tasa es casi el doble del promedio mundial de 20 casos de enfermedad grave por cada muerte materna.13

Las muertes maternas y neonatales, como expresión máxima de las complicaciones del embarazo,parto y puerperio,aún constituyen un grave tema de salud pública en América Latina y el Caribe (ALC). A pesar de ser un problema altamente evitable y de haber sido reducido en forma considerablemente en algunos países, en otros (y en algunas áreas vulnerables al interior de los paises) se ha progresado poco, y por tanto continua siendo una agenda inconclusa.Existen

estrategias y medios que pueden ser altamente efectivos, como el conocimiento y la experiencia lo indican, y que son aplicables incluso en aquellos grupos de población que son más vulnerables y susceptibles de enfermar y morir por causas altamente evitables.¹⁴

TENDENCIAS DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA EN EL PERÚ

En el Perú, la razón de mortalidad materna ha ido disminuyendo, es así que la ENDES 2000 (5) refiere 185 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, mientras que la ENDES 2010 (6) indica a 93 por cada 100 000 nacidos vivos, lo que representa un importante descenso. El quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) se relaciona a la salud materna, y para el caso del Perú se debe alcanzar al año 2015 la razón de muerte materna de 66 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos. Según la publicación de la OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial, "Trends in maternal mortality: 1990 to 2010" (7) la razón de mortalidad materna para Perú es de 67 por 100 000 nacidos vivos; así mismo, refieren que Perú está entre los 20 países del mundo que más ha avanzado en la reducción de la mortalidad materna. Sin embargo, al realizar el análisis de la Información de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud (MINSa) (8) se observa que aún tenemos direcciones regionales de salud (DIRESA) y direcciones de salud (DISA) con altas cifras de mortalidad materna tales como: Lima, La Libertad, Puno, Loreto, Piura y Cajamarca. Analizando los datos obtenidos de la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna del 2000 al 2012 y del Estudio de la Mortalidad Materna 2002 – 2011, realizado por la Dirección General de Epidemiología y el Fondo de Población de Naciones Unidas, se ha observado que el subregistro ha disminuido al 11%. Así mismo, que la mortalidad materna es mayor en regiones de la sierra y selva, zonas rurales, y en mujeres del nivel socioeconómico más pobre o quintil de pobreza I. En el año 2000 las causas directas de muertes maternas, registradas por la Dirección General de Epidemiología del MINSa, fueron principalmente la hemorragia en 49%; la hipertensión inducida por el embarazo (HIE) en 16% y el aborto en 7%. En comparación, en el año 2012, las principales causas directas registradas fueron hemorragia en 40,2%; HIE en 32%; aborto en 17,5% e infecciones relacionadas al embarazo en 4,1%. . Evolución de la razón de mortalidad materna en el Perú según región, zona y quintil de pobreza 2002-2011

	2002-2006	2007-2011
Región Costa	59,5	56,4
Sierra	138,7	152,6
Selva	183,0	137,5
Zona Urbana	76,9	70,0
Rural	192,1	161,5
Quintil de pobreza I	241,7	188,7
II	299,2	169,3
III	284,6	145,5
IV	154,2	104,0
V	15	15

La caracterización del problema 2010 en Trujillo – Perú se identificó que la mortalidad materna tuvo las siguientes características:

La variación de las causas de muerte materna directa hipertensión inducida por el embarazo 15,8%, hemorragia 47,4%, infecciones 10,5%, que en su conjunto conforman un 73,7% de las causas indirectas dentro de ellos¹⁶

Muchas mujeres mueren de complicaciones obstétricas directas que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la

gestación; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, de acuerdo con los registros, la mayoría de las muertes maternas se deben a causas obstétricas directas, la principal causa ha sido y es en la actualidad de hemorragias con un 44,4% por retención placentaria, seguida por hipertensión inducida por el embarazo 33,3%, infección por retención de membranas ovales y otros con el 11.1%, estas cifras no han variado a través de los años. La tendencia de la muerte por aborto ha ido en descenso.¹⁷

La hipertensión arterial (HTA) constituye un síndrome que es problema de salud pública, por ello, ante tanta variedad y profusión de información actual debemos buscar un consenso para tratar bien a nuestros pacientes, se debe dar gran importancia a las modificaciones en los estilos de vida. Hay que considerar situaciones y poblaciones especiales como puede ser la HTA en el niño, en el anciano y la embarazada y/o las diferentes étnicas si las hubiera.¹⁸

La mayoría de los microorganismos aunque no todos son benignos, algunos de ellos benefician directamente nuestra salud y solo unos pocos suponen una amenaza directa para esta.

En los tractos urogenitales femenino y masculino, la vejiga suele ser estéril, pero las células epiteliales que revisten la uretra son colonizadas por bacilos y cocos gran negativos aerobios facultativos.

Los patógenos potenciales como la *E. coli* y *Proteus mirabilis*, que normalmente están presentes en pequeñas cantidades en el cuerpo y en el medio ambiente pueden multiplicarse, en la uretra y pueden convertirse en patógenos si se producen cambios en su entorno como modificaciones en el PH, dichos organismos son una causa frecuente de infecciones del tracto urinario especialmente en la mujer.¹⁹

Si bien la mayoría de los embarazos y de los partos transcurren sin incidentes, todos los embarazos representan un riesgo. Alrededor del 15% del total de las mujeres embarazadas manifiestan alguna complicación potencialmente mortal que requiere atención calificada y, en algunos casos, una intervención obstétrica importante para que sobrevivan. Además de la atención que las obstetras y los médicos prestan a las mujeres en los establecimientos de salud, ambos también desempeñan una función especial en relación con:

- La comunidad de proveedores de salud dentro del sistema de salud del distrito, incluidos el personal de salud auxiliar y polivalente;
- Los familiares de las pacientes;
- Los líderes de la comunidad;
- Las poblaciones con necesidades especiales (por ejemplo, los adolescentes, las mujeres con infección por el VIH/sida).
- Las obstetras y los médicos, además:
- Apoyan las actividades para el mejoramiento de todos los servicios de salud distritales;
- Se esfuerzan por implantar sistemas de referencia eficaces y confiables;

- Monitorean la calidad de los servicios de atención de la salud;
- Abogan por la participación comunitaria en los asuntos que se relacionan con la salud.²⁰

La presencia de las infecciones vaginales estudiadas fue de 62% al examen directo y de 58% con la prueba de aglutinación al látex .La infección vaginal con mayor prevalencia fue la vaginosis bacteriana seguida de la candidiasis vaginal y la tricomoniasis vaginal. El grupo de mayor prevalencia de estas infecciones fue de 28 -37 años. La manifestación clínica más frecuente fue la leucorrea. El inicio precoz de las relaciones sexuales, la realización del acto sexual sin protección y el uso de métodos anticonceptivos, estuvieron relacionados con la presencia de estas infecciones vaginales. Estas infecciones pueden ocasionar complicaciones obstétricas²¹

VI. HIPÓTESIS

HIPOTESIS GENERAL (H1)

H1: Hay una relación directa entre los procesos infecciosos y las complicaciones obstétricas del Centro de Salud Alto Moche.

HIPOTESIS NULA (H0)

H0: No hay una relación directa entre los procesos infecciosos y las complicaciones obstétricas del Centro de Salud Alto Moche.

X ----- 0

VII. METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

La investigación es aplicada descriptiva y correlacional.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

La investigación adopta un diseño correlacional de un solo grupo

X1

O r

X2

Donde:

X1: Tipo de infección

X2: Complicaciones obstétricas

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS Mortalidad Materna. 2014 [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/) es/(25.Nov 2015).
2. OMS. Seguimiento de los Servicios Obstétricos de Urgencia 2011-2012 www.who.int/reproductivehealth/publications/policy/es/(25.Nov 2015).
3. Cindy G. Silva CH. Juliana Pico. Complicaciones Obstétricas asociadas a Infección de Vías Urinarias en Mujeres Embarazadas Atendidas en El Servicio Gineco-Obstetrico del Hospital de Bosa II Nivel Durante el 01 de Enero del 2010 al 30 Diciembre 2011 .%5BTesis para obtener el Título de Médico%5D Colombia: Escuela de Medicina, Universidad de Ciencias Aplicadas Bogotá 2012
4. Mery M. Frecuencia de Infecciones Urinarias en el Primer Trimestre del Embarazo en las Mujeres que asisten a Consulta Externa al Centro de Salud N 1d e la Ciudad de Loja Durante Marzo 2010-Abril 2011%5B Tesis para obtener el título de licenciada enfermería%5DEcuador: Universidad Nacional de Loja. Ecuador 2011%7D
5. Paredes G y Santa Cruz H. "Complicaciones materno – perinatales en gestantes con ruptura prematura de membranas de 28 a 34 semanas en el Hospital Belén de Trujillo Octubre – Diciembre 2011%5BTesis para obtener el título de obstetra%5D Perú: Universidad Privada Antenor Orrego Trujillo 2011.
6. García G. y Altamirano S. "Incidencia de Parto Pre término y algunos factores de riesgo en Gestantes adolescentes en Hospital Belén de Trujillo. Enero – Marzo 2001. %5BTesis para obtener el título de obstetra%5DPerú: Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo 2011.
7. Moreno R. y Ramírez C. "Influencia del síndrome de flujo vaginal en las dehiscencias de Episiorafias en puérperas atendidas en el Hospital Belén de Trujillo. Octubre – Diciembre 2000. %5BTesis para obtener el título de obstetra%5DPerú: Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo 2000.
8. Burgos M. y Carranza L. "Relación entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico por examen completo de orina en infección del tracto urinario en mujeres en edad fértil – Centro de Salud de Salaverry. Marzo – Mayo 2002. %5BTesis para obtener el título de obstetra%5DPerú: Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo 2002.
9. Calvo Y. y Juárez M. "Factores asociados a complicaciones materno – perinatales en Gestantes añosas ". Instituto Materno Perinatal (Ex Maternidad de Lima). Octubre – Diciembre 1998. %5BTesis para obtener el título de obstetra%5D Perú: Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo 1998.
10. Heredia L. y Mezones A. "Morbimortalidad Materno perinatal por el desprendimiento

- premature de placenta". Hospital Nacional Arzobispo Loayza MINSA – LIMA. Junio 2000 – Marzo 2001. %5BTesis para obtener el título de obstetra%5DPerú: Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo 2002.
11. Álvarez M. y Gamboa R. hiperémesis gravídica y su relación con la infección del tracto urinario en el Centro de Salud El Milagro – Trujillo. Año 2006. %5BTesis para obtener el título de obstetra%5DPerú: Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo 2006.
 12. Meza L. Complicaciones y Frecuencia de las infecciones de vías urinarias en adolescentes embarazadas Hospital Gineco-Obstetrico Guayaquil. Septiembre del 2012 a febrero de 2013.%5BTesis para obtener Titulo de Obstetra%5D. Universidad Estatal de Guayaquil 2013.%7D
 13. Suárez G, Gutiérrez M. Cols (2010) Algunos factores asociados a la morbilidad obstétrica extremadamente grave Revista Cubana de Obstetricia Y ginecología. v36 N° 2, Ciudad de la Habana abr-jun.2010 www.who.int/pmnch/activities/sintesis_situacionmortalidad_en_alc.pdf
 14. Del Carpio L. (2012). Situación de la Mortalidad Materna en el Perú. 2000-2012Ancaya1,a 1 Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva. Lima, Perú. Ministerio de Salud.
 15. PAHO/WHO Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: CD51/12. Montevideo: CLAP/SMR, 2011:
http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=167:plan-de-accion-para-acelerar-la-reduccion-de-la-mortalidad-materna-y-la-morbilidad-materna-grave&Itemid=234&lang=es
 16. Alemán M. y Almanza C. (2010) Diagnostico y Prevalencia de Infecciones Vaginales. Revista Cubana de Obstetricia Y ginecología. v36 N° 2, Ciudad de la Habana abr-jun.2010.
 17. Hipertensión. Revista de la Sociedad Peruana de Hipertensión Arterial” Lima – Perú. Volumen 1. Número 1999.
 18. <https://es.scribd.com/doc/61008195/Proceso-Infecioso-General>
 19. www.seps.gob.pe/publicaciones/enfermedad. Asp código 2-455
 20. www.esmas.com/salud/home/sexualidad/419760.html.
 21. www.noah.heat.org.el embarazo. En cache. Infecciones durante el embarazo
 22. Martinko John. “Biología de los microorganismos”, Mc Addison. 12ª Edición España 2009.
 23. Castañeda, M, Bonifacio, N y Ojeda, N. Modulo de Capacitación Manejo Sindromico de las Infecciones de Trasmisión sexual (ITS).Manual auto informativo. R &F.5ª edición. Perú

2009.

24. MINSA .Modulo de capacitación 2008, Manejo Sindromico de Transmisión Sexual. Para Profesionales de la Salud. MINSA 2008.pp 154.

25. Sherris. Microbiología Médica, Mc Graw Hill 5ª Edición. México 2011, pp 708-709

26. López E. Complicaciones Obstétricas en adolescentes atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo en el Periodo Enero Dic 2008.%5BTesis para obtener el título de Médico%5D.Ecuador. Escuela de Medicina. Universidad De Cuenca.2008

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	INICIO	FIN
Busqueda de Información	04/01/2016	31/03/2016
Aplicación de Protocolo para la Recolección de Datos	01/04/2016	31/08/2016
Informe Parcial del Proyecto	22/07/2016	31/07/2016
Procesamiento de Datos Estadísticos	01/09/2016	31/10/2016
Preparación de Resultados	01/11/2016	30/11/2016
Informe de Resultados	01/12/2016	20/12/2016
Informe Final del Proyecto	17/12/2016	20/12/2016

PRESUPUESTO

DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO_UNITARIO	PRECIO_PARCIAL
APOYO	1 UNI	600	600
TESISTA	2 UNI	1992	3984
Computadora, Laptops, Tablet	1 UNI	1750	1750
TESISTA	1 UNI	2000	2000
TRANSPORTE LOCAL	1 UNI	1200	1200
Análisis en Laboratorio Externo	57 P01	100	5700
TELEFONIA, MOVIL, INTERNET	12 UNI	150	1800
APOYO	1 UNI	1000	1000
			Total 18034