

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**EFFECTO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL DESARROLLO
DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL
REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA-ABANCAY, 2024**

PRESENTADO POR:

Bach. NILDA ELISA ROJAS OYOLA

PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL DE

OBSTETRA

ASESOR:

Dr. BILL MARCO CARDENAS GUITIERREZ

ANDAHUAYLAS – PERÚ

2025



Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

INFORME DE SIMILITUD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-321-2025-UNSAAC)

El que suscribe, el Asesor DR. BILL MARCO CARDENAS GUTIERREZ
..... quien aplica el software de detección de similitud al
trabajo de investigación/tesis titulada: "EFECTO DE LAS INFECCIONES DEL
TRACTO URINARIO EN EL DESARROLLO DE AMENAZA DE PARTO
PRETERMINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL
GUILLERMO DÍAZ DE LA UEGA - ABANCAY, 2024"

Presentado por: NILDA ELISA ROJAS OYOLA DNI N° 73505583 ;
presentado por: DNI N°:
Para optar el título Profesional/Grado Académico de OBSTETRA

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 2 veces, mediante el
Software de Similitud, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso del Sistema Detección de
Similitud en la UNSAAC** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 5 %.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No sobrepasa el porcentaje aceptado de similitud.	☒
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las subsanaciones.	☐
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, conforme al reglamento, quien a su vez eleva el informe al Vicerrectorado de Investigación para que tome las acciones correspondientes; Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	☐

Por tanto, en mi condición de Asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y adjunto las primeras páginas del reporte del Sistema de Detección de Similitud.

Cusco, 29 de OCTUBRE de 2025


.....
Firma

Post firma BILL MARCO CARDENAS GUTIERREZ

Nro. de DNI 70008837

ORCID del Asesor 0000-0003-1911-4625

Se adjunta:

- Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
- Enlace del Reporte Generado por el Sistema de Detección de Similitud: **oid:** 27259:519647642

NILDA ELISA ROJAS OYOLA

EFFECTO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL DESARROLLO DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GEST...

 Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::27259:519647642

Fecha de entrega

28 oct 2025, 7:32 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

28 oct 2025, 8:30 p.m. GMT-5

Nombre del archivo

EFFECTO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL DESARROLLO DE AMENAZA DE PARTO....pdf

Tamaño del archivo

3.0 MB

117 páginas

23.086 palabras

131.829 caracteres

5% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 20 palabras)

Exclusiones

- N.º de coincidencia excluida

Fuentes principales

- 5%  Fuentes de Internet
- 0%  Publicaciones
- 1%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

PRESENTACIÓN

SEÑOR RECTOR DE LA TRICENTENARIA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO Y SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD.

En cumplimiento del reglamento de grados y títulos de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, y con el propósito de optar por el título profesional de Obstetra, presento ante usted la tesis titulada. **“EFECTO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL DESARROLLO DE AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA-ABANCAY,2024”.**

Espero que los hallazgos de esta investigación sobre el efecto de la infección del tracto urinario en el desarrollo de la amenaza de parto pretérmino, representen un aporte significativo al Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, orientado a disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad neonatal. De igual forma, este estudio pretende enriquecer el conocimiento teórico y científico sobre estas patologías en los profesionales de la salud, así como en la población en riesgo y aquellas personas interesadas en el tema. Se espera que esta investigación sirva como referencia para futuros estudios a nivel local, nacional e internacional, promoviendo una mejor comprensión y un manejo más efectivo de la infección del tracto urinario y de la amenaza de parto pretérmino.

DEDICATORIA

Primeramente, agradezco a Dios, fuente de sabiduría y fortaleza, por haberme acompañado en cada paso de este camino, dándome la perseverancia y la luz necesarias para culminar esta etapa.

A mis padres, por su amor incondicional, sus sacrificios y su constante apoyo. Gracias por ser mi ejemplo de esfuerzo, responsabilidad y dedicación. Sin ustedes, nada de esto habría sido posible.

A mis hermanos, por su compañía, ánimo y por creer en mí incluso cuando yo dudaba. Su presencia ha sido un pilar fundamental en mi vida.

AGRADECIMIENTO

A mis padres, les debo mucho más que palabras pueden expresar. Gracias por estar siempre presentes, por su amor incondicional, por sus sabios consejos y por ser mi principal sostén emocional y espiritual. Su ejemplo de integridad, esfuerzo y dedicación ha sido mi mayor inspiración. Cada logro en mi vida, incluida esta tesis, lleva su huella y su sacrificio.

A mi asesor, expreso mi más sincero reconocimiento por su valiosa orientación, su paciencia y sus aportes académicos, que enriquecieron profundamente este proyecto de investigación. Su guía oportuna y compromiso con la excelencia fueron claves para la culminación de este trabajo.

Finalmente, extendiendo mi agradecimiento a todas las personas que, de una u otra forma, formaron parte de este proceso. Su apoyo, palabras de aliento, compañía fueron fundamentales para alcanzar este objetivo.

INDICE GENERAL

INDICE DE TABLAS	VI
RESUMEN	VII
ABSTRACT	VIII
INTRODUCCIÓN	IX
I. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	12
1.1. Situación problemática	12
1.2. Formulación del problema	16
1.2.1. Problema general	16
1.2.2. Problema específico	16
1.3. Justificación de la investigación	16
1.3.1. Justificación teórica	16
1.3.2. Justificación práctica	17
1.3.3. Justificación metodológica	17
1.4. Objetivos de la investigación	17
1.4.1. Objetivo general	17
1.4.2. Objetivos específicos	18
II. MARCO TEORICO	19
2.1. Antecedentes de la investigación	19
2.1.1. Antecedentes internacionales	19
2.1.2. Antecedentes nacionales	21
2.1.3. Antecedentes regionales/locales	25
2.2. Bases teóricas	26
2.3. Bases conceptuales	29
2.4. Definición de términos básicos	56
III. HIPOTESIS Y VARIABLES	57
3.1. Hipótesis	57
3.1.1. Hipótesis general	57
3.1.2. Hipótesis específicas	57
3.2. Identificación de variables e indicadores	58
3.3. Operacionalización de variables	59
IV. METODOLOGIA	61
4.1. Ámbito de estudio: localización política y geográfica	61
4.2. Tipo y nivel de investigación	61
4.3. Unidad de análisis	63

4.4. Población de estudio.....	63
4.5. Tamaño de muestra	64
4.6. Técnica de selección de muestra.....	65
4.7. Técnica de recolección de información	65
4.8. Técnica de análisis e interpretación de la información.....	66
4.9. Técnica para demostrar la verdad o falsedad de las hipótesis planteadas	67
4.10. Consideraciones éticas.....	67
V. RESULTADOS	68
5.1. Procesamiento, análisis, interpretación y discusión de resultados.....	68
VI. CONCLUSIONES	79
VII. RECOMENDACIONES	80
VIII.BIBLIOGRAFIA.....	82
IX ANEXOS.....	100
a) Matriz de consistencia	100
b) Solicitud de validación	102
c) Hoja de criterios para la evaluación por jueces y expertos.....	103
d) Validación del instrumento para el juicio de expertos.....	104
e) Lista de expertos	108
f) Instrumento de recolección de datos.....	109
g) Otros.....	111

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Resultado de tamaño muestra.....	65
Tabla N° 2: Datos generales de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega-Abancay,2024.	68
Tabla N° 3: Datos obstétricos de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega-Abancay,2024.	69
Tabla N° 4: Frecuencia de infección del tracto urinario en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega-Abancay,2024.....	70
Tabla N° 5: Tipo de infección del tracto urinario en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega-Abancay,2024.	71
Tabla N° 6: Microorganismo predominante en la infección del tracto urinario en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega-Abancay,2024.	72
Tabla N° 7: Síntomas de las infecciones del tracto urinario en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega-Abancay,2024.....	73
Tabla N° 8: Signos y síntomas de amenaza de parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega-Abancay,2024.	74
Tabla N° 9: Efecto de las infecciones del tracto urinario en el desarrollo de amenaza de parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega-Abancay,2024.	75

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el efecto de las infecciones del tracto urinario en el desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay ,2024.

Metodología: La metodología fue un diseño analítico de casos y controles, observacional, con un enfoque cuantitativo y un nivel de investigación relacional. Se trabajó con una población de 126 pacientes atendidas durante el periodo 2024, obteniéndose una muestra de 63 casos (pacientes con amenaza de parto pretérmino) y 63 controles (pacientes sin amenaza de parto pretérmino). Se utilizó la técnica de revisión documental, apoyada en una ficha estructurada como instrumento de recolección de datos. **Resultados:** Se demostró que la frecuencia de infección de tracto urinario en gestantes con amenaza de parto pretérmino fue del 63.5% mientras que en controles solo el 4.8% y el tipo de microorganismo identificado más predominante en la infección de tracto urinario fue Escherichia coli, con un 81.4 %. Asimismo, se evidencio una asociación estadísticamente significativa de la infección del tracto urinario para desencadenar la amenaza de parto pretérmino, con un valor de $p = < 0.000$, (OR: 34.78; IC95%: 9.789-123.596). **Conclusión:** La presente investigación confirma que la infección del tracto urinario representa un factor de riesgo importante en la aparición de la amenaza de parto pretérmino, siendo Escherichia coli el microorganismo predominante identificado en los casos analizados.

Palabras claves: Gestante; atención prenatal; infección del tracto urinario; amenaza de parto pretérmino.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effect of urinary tract infections on the development of threatened preterm labor in pregnant women at the Guillermo Díaz de la Vega Regional Hospital – Abancay, 2024.

Methodology: The methodology was an observational, case-control analytical design, with a quantitative approach and a relational level of research. The population consisted of 126 patients attended during 2024, from which a sample of 63 cases (patients with threatened preterm labor) and 63 controls (patients without threat of preterm labor) was obtained. A document review technique was used, supported by a structured data collection form. **Results:** It was shown that the frequency of urinary tract infection in pregnant women with threatened preterm labor was 63.5% while in controls only 4.8% and the most predominant type of microorganism identified in urinary tract infection was *Escherichia coli*, with 81.4%. Likewise, a statistically significant association of urinary tract infection to trigger the threat of preterm labor was evidenced, with a value of $p = < 0.000$, (OR: 34.78; 95% CI: 9,789-123,596). **Conclusion:** This study confirms that urinary tract infection is a significant risk factor for the occurrence of threatened preterm labor, with *Escherichia coli* being the predominant microorganism identified in the analyzed cases.

Keywords: Pregnant women; prenatal care; urinary tract infection; threatened preterm labor.

INTRODUCCIÓN

Amenaza de parto pretérmino (APPT) es una complicación obstétrica caracterizada por la presencia de contracciones uterinas regulares, acompañadas de cambios cervicales, entre las 22 y 36.6 semanas de gestación (1)(57). Esta condición representa un importante problema de salud pública, debido a que entre el 25% y 45% de los casos pueden culminar en un parto prematuro (3).

Según la Organización Mundial de la Salud y UNICEF, uno de cada 10 recién nacidos nacen de forma prematura, y cada 40 segundos fallece uno de ellos. Por lo tanto, las tasas de nacimientos prematuros han aumentado en los último 10 años, con 152 millones de nacimientos. Anualmente aproximadamente 15 millones de niños nacen de forma prematura, principalmente en Asia y África subsahariana. Indonesia, por ejemplo, reporta una incidencia del 15.5%, ubicándose entre los países con mayores tasas. Por último, Irán tuvo un 51% de partos prematuros en mujeres con amenaza de parto pretérmino. Donde la tasa de supervivencia de los recién nacidos depende, en gran medida del país en el que nacen: en países de ingresos bajos, solo uno de cada 10 recién nacidos extremadamente prematuros logra sobrevivir mientras que, en naciones de alto ingreso, más de nueve de cada 10 sobreviven (4)(5).

En América Latina y el Caribe, cerca del 8.6% de los nacimientos son prematuros, siendo Costa Rica el país con mayor prevalencia (13.6%) y Ecuador el de menor incidencia (5.1%) (6)(7).

A nivel nacional, los nacimientos prematuros en Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar fueron de 22.1% en 2023, en comparación al año anterior que fue 21.8%. Mientas tanto de acuerdo Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo del Ministerio de Salud fueron de 7.5% y esta situación causa el 68% de muerte

neonatales en 2023. Y reportaron el promedio anual de 29,556 nacimientos prematuros en el país para el año 2024 con 7.7%. Las regiones con mayores cifras incluyen Callao, Lambayeque, Tumbes, Piura, Lima, Ucayali (8)(9)(10). En Apurímac, la prematuridad representa el 53% de las difusiones fetales y 20 neonatales, con una prevalencia del 5.0% en 2022 y para el año 2024 fue 4.6%. (11). En el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, para el año 2021-2024 la causa de mortalidad fue la prematuridad representando más del 50% de las muertes, aunque una disminución en 2024 (54%) respecto a años anteriores (75% en 2023) (12).

El estudio de la amenaza de parto pretérmino reviste gran importancia, ya que se asocia a un mayor riesgo de parto prematuro y a un incremento del 33 % en la probabilidad de mortalidad y morbilidad perinatal grave. Los recién nacidos prematuros que sobreviven pueden enfrentar múltiples complicaciones tanto a corto como a largo plazo (14)(15). Diversas investigaciones, tanto a nivel nacional como internacional, han evidenciado una asociación significativa entre las infecciones del tracto urinario y la amenaza de parto pretérmino. Sin embargo, aún persiste una carencia de información actualizada y específica sobre esta relación en el contexto local (20)(23).

La presente investigación tiene como objetivo evaluar el efecto de las infecciones del tracto urinario (ITU) en el desarrollo de la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay, durante el año 2024. Este estudio busca generar información útil a nivel local que contribuya al fortalecimiento de las acciones orientadas a la prevención, el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado de las infecciones de tracto urinario durante la gestación. De esta manera, se espera reducir la incidencia de amenaza de parto pretérmino y, con ello, prevenir partos prematuros que puedan derivar en complicaciones materno-

neonatales y consecuencias a largo plazo. El presente estudio se estructura en cinco capítulos:

Capítulo I: Se redactó el planteamiento del problema, describiendo la situación problemática, se plantearon diversas interrogantes de investigación. Asimismo, se presentaron las justificaciones desde los enfoques teórico, metodológico y práctico. Finalmente, se establecieron los objetivos que orientan la investigación.

Capítulo II: Se desarrolló el marco teórico incluyendo los antecedentes empíricos, las bases teóricas que sustentan el estudio, el marco conceptual y la definición de los términos fundamentales relacionados con la investigación.

Capítulo III: Se formularon la hipótesis general y las hipótesis específicas, y se procedió a definir e identificar las variables del estudio, junto con su correspondiente operacionalización.

Capítulo IV: Se expuso el marco metodológico, detallando el alcance de la investigación, el tipo y diseño del estudio, la delimitación de la unidad de análisis, la descripción de la población, el procedimiento para el cálculo del tamaño de la muestra, así como las técnicas utilizadas para la selección, recolección y análisis de los datos.

Capítulo V: Se expusieron los resultados alcanzados, junto con las conclusiones derivadas del análisis y las recomendaciones fundamentadas en los hallazgos de la investigación.

I. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

1.1. Situación problemática

La amenaza de parto pretérmino se refiere al desarrollo progresivo de la dilatación y a los cambios en el cuello uterino, debido a la presencia de contracciones uterinas regulares, que ocurren entre las 22.0 y 36.6 semanas de gestación (1)(2). Esta es una complicación obstétrica, ya que el 25% al 45% que presentan amenaza de parto prematuro puede terminar en un parto prematuro. Por lo tanto, esta condición puede estar estrechamente relacionada con la prematuridad y constituye la principal causa de morbilidad neonatal a nivel global (3).

A nivel mundial, según la información proporcionada por la Organización mundial de la salud (OMS) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), uno de cada 10 neonatos son prematuros, y cada 40 segundos fallece uno de ellos. Por lo tanto, las tasas de nacimientos prematuros aumentaron en los últimos 10 años, con 152 millones de nacimientos registrados entre 2010 y 2020 (4). Y anualmente aproximadamente 15 millones de recién nacidos nacen de forma prematura en todo el mundo, de los cuales alrededor de 12 millones (81,1%) ocurren en Asia y África subsahariana. En una investigación desarrollada en Indonesia en el año 2024 los partos prematuros, se produce como consecuencia de una amenaza de parto que sigue aumentando en países en desarrollo como en caso de Irán que tuvo un 51% de partos prematuros en mujeres con amenaza de parto pretérmino. Y los países que se encuentra entre los 10 primeros lugares en cuanto a incidencia de nacimientos prematuros aparte de Irán es Indonesia con una cifra de 15,5% de nacimientos prematuros por cada 1.000 nacidos vivos (NV), y tiene una frecuencia de nacimientos prematuros superior, superando a Filipinas (14,9 %) y Myanmar (12,4%) por cada 1.000 nacidos vivos USA (11%)

Europa (5-7%) (5). La tasa de supervivencia de estos niños depende en gran medida del país en el que nacen: en países de ingresos bajos, solo uno de cada 10 nacimientos es extremadamente prematuro que logra sobrevivir, mientras que, en naciones de alto ingreso, más de nueve de cada 10 sobreviven (4).

En América latina y el caribe, aproximadamente el 8,6% del total de nacimientos son prematuros, lo que equivale a unos 10,800 casos (6). Los países con una alta tasa de nacimientos prematuros incluyen a Costa Rica, con 13,6% y mientras que Ecuador ocupa el último lugar, con 5.1% de nacimientos. Además, la prevalencia de amenaza de parto pretérmino en Ecuador para el año 2021-2023 fue de 10.78% (7).

En el Perú, la tasa de nacimiento prematuros ha incrementado significativamente en los últimos años. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), para el año 2023, la prevalencia se sitúa en el 22.1% de partos prematuros, con una mayor frecuencia en las zonas urbanas (24.5%) en comparación con las zonas rurales (15.0%). Este dato refleja un ligero aumento respecto al año anterior, ya que en el año 2022 la tasa fue de 21.8% a nivel nacional, con un 24.2% en áreas urbanas y un 14.5% en zonas rurales. Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta un 8.8%, mientras que el Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo del Ministerio de Salud (CVN-MINSA) muestra un 7.5%, y esta situación causa el 68% de las muertes neonatales. Además, el país registra un promedio de 29,556 nacimientos prematuros con 7.7% para 2024. Y en las regiones con mayor porcentaje de nacimientos prematuro son: Callao (10.9%), Lambayeque (9.5), Tumbes (9.4%), Piura y Lima (8.6%), Ucayali (8.5%). Por lo tanto, se observa una tendencia a aumento de nacimiento prematuros en comparación al año anterior (8)(9)(10).

En Apurímac, durante el año 2022, se registraron 53 muertes fetales y 20 muertes neonatales asociadas a la prematuridad. Asimismo, la prevalencia de partos prematuros es de 5.0%, pero para el año 2024 fue de 4.6% (10)(11). En el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Durante el periodo 2021-2024, la principal causa de muerte neonatal reportada fue la prematuridad en los últimos años, representando más del 50% de las muertes. En el año 2023 se registraron seis muertes por prematuridad, lo que representó el 75% del total, mientras que otras causas sumaron dos casos (25%). En 2024 hubo siete muertes por prematuridad, correspondientes al 54 %, seis muertes por otras causas, que representaron el 46%, lo que indica que a comparación del año anterior hubo leve disminución de mortalidad neonatal por causa de prematuridad (12).

La amenaza de parto pretérmino es una complicación obstétrica de origen multifactorial, es decir, se debe a la interacción de diversos factores, las cuales se pueden clasificarse en diferentes grupos. Entre los factores sociodemográficos se incluyen la edad, el nivel educativo, la ocupación y el estado civil de la madre, en factores maternos, se consideran los antecedentes de aborto, amenaza de parto pretérmino, parto pretérmino, paridad y atención prenatal. Finalmente, los factores clínicos están relacionados con condiciones obstétricas como infección de tracto urinario (ITU), anemia, ruptura prematura de membranas (RPM), embarazo múltiple y preeclampsia (13).

Durante la gestación, se presenta diversas complicaciones, entre ellas la amenaza de parto pretérmino, la cual se asocia con un incremento de 33% en el riesgo de mortalidad y morbilidad perinatal grave. Una mujer que presenta esta condición puede terminar en parto pretérmino, lo que podría conllevar a mortalidad infantil. Este tipo de parto es responsable de la muerte de

aproximadamente un millón de niños menores de cinco años, representando el 18% de todas las muertes en este grupo etario y hasta el 35% de las muertes ocurridas durante los primeros 28 días de vida (14)(15). Los niños que sobreviven a un parto prematuro enfrentan hospitalizaciones prolongadas y pueden presentar múltiples problemas de salud a lo largo de su vida, como dificultades respiratorias, riesgo de infecciones, problemas de alimentación, y una mayor probabilidad de sufrir discapacidad o retrasos en el desarrollo, así como problemas de visión, audición que pueden tener efectos permanentes. Por lo tanto, esta problemática afecta tanto a los sistemas de salud como a las familias, debido al alto costo médico, emocional y social que implica (15).

La amenaza de parto pretérmino constituye un desafío obstétrico importante para la salud materna y fetal. Si no se identifica oportunamente los factores de riesgo, la incidencia de partos prematuros continuara en aumento, lo cual podría incrementar las tasas de mortalidad y morbilidad perinatal, así como las complicaciones a corto, mediano y largo plazo tanto para madre como para el recién nacido. Por lo tanto, esta investigación aportara información clave para implementar medidas de prevención, promoviendo estrategias educativas y fortalecer la identificación de factores de riesgo que pueden conllevar al desarrollo de amenaza de parto pretérmino, a través de una adecuada atención prenatal materna. De esa manera, se espera contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad perinatal.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es el efecto de las infecciones del tracto urinario en el desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay ,2024?

1.2.2. Problema específico

- ¿Cuál es la frecuencia de infecciones del tracto urinario en gestantes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay ,2024?
- ¿Qué tipo de microorganismo predominan en las infecciones del tracto urinario en gestantes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega- Abancay ,2024?

1.3. Justificación de la investigación

1.3.1. Justificación teórica

La gestación viene a ser un período en el que las mujeres experimentan cambios hormonales, anatómicos y fisiológicos que aumentan el riesgo de infecciones del tracto urinario, debido a su capacidad de inducir respuestas inflamatorias que pueden desencadenar contracciones uterinas que inician la amenaza de parto prematuro. Esta complicación obstétrica de alto impacto, asociada a un aumento significativo en la morbilidad y mortalidad perinatal. Por lo tanto, el presente estudio se centrará en identificar el efecto de infección del tracto urinario en el desarrollo de amenaza de parto pretérmino, con el fin de mejorar la comprensión de esta relación y aportar información científica que fortalezca las estrategias de prevención, diagnóstico y manejo oportuno de las infecciones del tracto urinario en gestantes. El objetivo es reducir la incidencia de amenaza de parto pretérmino, la cual puede evolucionar a un parto prematuro con sus

respectivas consecuencias. Así mismo esta investigación podrá servir de referencia para futuras estudios científicos.

1.3.2. Justificación practica

La investigación, a través de sus resultados, busca mejorar la atención prenatal en gestantes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega. Asimismo, proporciona información valiosa para que los profesionales de salud puedan identificar de manera oportuna las infecciones del tracto urinario como un factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino. Además, puede ser útil para mejorar o implementar medidas estratégicas de prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado de la amenaza de parto pretérmino, promoviendo una atención más integral y contribuyendo así a la reducción del parto prematuro y las complicaciones a futuro en la población de estudio.

1.3.3. Justificación metodológica

El enfoque metodológico del estudio permite evaluar el efecto de la infección del tracto urinario en el desarrollo de amenaza de parto pretérmino en la población de estudio, mediante un análisis comparativo entre casos y controles. La elección de enfoque cuantitativo facilita la recolección y análisis de datos, permitiendo una comprensión más profunda de la interacción entre estas dos variables.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Evaluar el efecto de las infecciones del tracto urinario en el desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay ,2024.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar la frecuencia de infecciones del tracto urinario en gestantes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay ,2024.
- Identificar el tipo de microorganismo que predominan en las infecciones del tracto urinario en gestantes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay ,2024.

II. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

Ramos K. (16), 2024 en Bolivia, realizó un estudio con el objetivo de evidenciar relación entre la amenaza de parto pretérmino con la infección del tracto urinario en las usuarias. La metodología empleada fue un estudio de enfoque cuantitativo de tipo transversal, analítica y prospectivo, con un diseño experimental. La muestra estuvo compuesta de 97 gestantes con amenaza de parto pretérmino. Entre los resultados que obtuvo, se encontró que las mujeres entre 21 y 35 años representaban el 40.2% del total de amenaza de parto pretérmino. En cuanto a nivel educativo, un 30.9% tenía educación primaria y el 37.1% eran convivientes. Respecto a las variables gineco-obstétricas, se destacó que el 29.9% eran multíparas y el 49.5% presentaba una edad gestacional entre 31 y 36.6 semanas. El 56% de gestantes presentaron infección de tracto urinario, mientras que el 44% no presentó, pero igualmente desarrollo la condición. En cuanto al tipo de infección, el 47 % correspondió a pielonefritis, 39 % cistitis y el 13 % bacteriuria asintomática. Llegando a conclusión, que, si existe una relación significativa entre la amenaza de parto pretérmino con las infecciones del tracto urinario, con un p-valor de 0.04 y el OR de 9.095.

Trujillo J. (17), 2023 en Bolivia, realizó un estudio con el objetivo determinar la caracterización sociodemográfica y clínica de amenaza de parto pretérmino asociada a infección de vías urinarias. La metodología empleada fue de un enfoque cuantitativo, descriptivo, retrospectiva de corte transversal. Su población de estudio estuvo constituida por 100 pacientes. Los resultados revelaron que el grupo etario con mayor porcentaje fue el de 19 a 34 años con

un 63%; estado civil predominante fue casadas, con un 47%; y el grado de instrucción más frecuente fue secundaria, con un 45%. Por su parte, la incidencia de amenaza de parto pretérmino fue de 11%. Las infecciones de vías urinarias se presentaron en el 77% de las gestantes, comprendidas entre las 20 a 34 semanas de gestación. El tipo de infección más frecuente fue la bacteriuria asintomática (62%), la complicación más frecuente fue la prematuridad con un 28%. Con lo cual llega a la conclusión que, si existe una relación entre estas patologías.

Gonzales E. (18),2022 en el Ecuador, realizó un estudio con el objetivo de analizar la asociación entre amenaza de parto pretérmino e infección de vías urinarias. La metodología empleada fue de nivel correlacional, analítica, retrospectiva y cuantitativa. La muestra estuvo compuesta por 107 historias clínicas. Los resultados mostraron que, en cuanto a las características sociodemográfica, el grupo etario de 19 a 34 años se presentó en un 52.3%; respecto al grado de instrucción, el nivel secundario predominó con un 82.2%, y las amas de casa constituyeron el 56.1%. La incidencia de amenaza de parto pretérmino fue del 43%, y el 77% de las infecciones de vías urinarias se presentaron entre las 20 a 34 semanas de gestación. El tipo de infección más representativo fue la bacteriuria asintomática, con un 81%, y la complicación más frecuente fue la prematuridad, con un 28%. Llegando a la conclusión, que existe una relación entre la amenaza de parto pretérmino y las infecciones de vías urinarias.

Sares G. (19),2021 en el Ecuador, llevó a cabo un estudio con el objetivo de identificar si las infecciones del tracto genitourinario son un factor de riesgo para la amenaza o parto pretérmino. La metodología empleada fue un estudio de

casos y controles de tipo retrospectivos. Los resultados obtenidos tras la revisión sistémica de un total de 20 artículos, cuyas muestras oscilaban entre 48 y 243.725 pacientes, mostraron una media de edad materna de 27.77 años. Con respecto a la frecuencia de las infecciones urinarias en gestantes con amenaza de parto pretérmino, el promedio fue de 8.34% y el porcentaje de pacientes con ITU que presentaron amenaza de parto fue del 5.51%, mientras que en aquellas sin ITU, fue del 2.83%. Llegando a la conclusión que, en la mayoría de los estudios analizados, existe relación estadísticamente significativa entre las infecciones del tracto urinario y la amenaza de parto pretérmino.

Salvatierra TL, Andrade KR. (20), 2019 en Ecuador, llevaron a cabo un estudio con el objetivo de identificar el tipo de infección de vías urinarias asociadas a amenaza de parto pretérmino. La metodología empleada fue tipo descriptiva, no experimental, retrospectiva y transversal. Los resultados mostraron que, del 100% de las pacientes con infección de vías urinarias, el 45% presentó cistitis, el 30% de bacteriuria asintomática y el 25% pielonefritis. De estas pacientes, el 60% presentó amenaza de parto pretérmino y el 40% terminaron en parto pretérmino. Con lo cual llegan a la conclusión de que las infecciones de tracto urinario constituyen una de las principales causantes de la amenaza de parto pretérminos.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Collachagua F, Gutiérrez E. (21) 2024, en Huancayo, realizaron un estudio con el objetivo de determinar la asociación entre infección urinaria y amenaza de parto pretérmino en gestantes. La metodología empleada fue un estudio cuantitativo, de tipo aplicada y nivel correlacional con un diseño no experimental de corte transversal y naturaleza retrospectiva. La muestra estuvo compuesta

por 73 casos y 73 controles. Los resultados indicaron que la ITU es un factor de riesgo significativo para la amenaza de parto pretérmino, ya que el 89% de gestantes con amenaza de parto pretérmino presentaron ITU, frente al 35.6% en el grupo control, con $P < 0.01$ y un OR de 14.688. Asimismo, se evidencio que haber recibido seis o más controles prenatales se comportó como un factor protector, con un OR de 0.158 y $P < 0.01$. Por último, no se encontró una asociación significativa entre APPT Y otras variables gineco-obstétricos, con la edad gestacional, antecedente de parto pretérmino y paridad. Llegando a la conclusión que la infección urinaria se asoció significativamente con un mayor riesgo de amenaza de parto pretérmino, mientras que una adecuada atención prenatal actuó como factor protector.

Puma C. (22), 2023 en Juliaca, realizó un estudio con el objetivo determinar si la infección del tracto urinario es un factor asociado a amenaza de parto pretérmino en gestantes. La metodología seguida fue observacional y de enfoque cuantitativo, con diseño analítico y de cohorte retrospectivo. La muestra estuvo constituida de 124 gestantes. Los resultados mostraron que el 62.9 % tenía de 30 a más años, y el 66.1 % había cursado estudios universitarios y el 41.1 % eran multíparas. Además, el 70.6% de los pacientes con amenaza de parto pretérmino presentaron infección del tracto urinario, mientras que el 35.6% tuvo infección del tracto urinario, pero no desarrollo amenaza de parto pretérmino. Estos hallazgos indican que existe relación significativa entre la infección de tracto urinario y la amenaza de parto pretérmino ($p=0.000$, $RR=2.400$). Llegando a conclusión que la infección del tracto urinario es un factor asociado a amenaza de parto pretérmino en gestantes.

Siña K. (23), 2023 en Tacna, realizó un estudio con objetivo de determinar la infección del tracto urinario y su relación con la amenaza de parto pretérmino. La metodología que siguió fue estudio de tipo observacional de casos y controles, retrospectivo y de corte transversal con una muestra de 122 casos y 274 controles. Entre los resultados obtenidos, se encontró que la edad entre 33 a 40 años representó el 10.1% en los casos, mientras que la edad de 19 a 25 años fue del 26.8% en los controles. Respecto al estado civil, el 22.7% de los casos y el 46.5% en controles eran convivientes. En cuanto al nivel educativo, el 18.2% en casos y 17.9% de los controles tenían secundaria completa. Además, fueron amas de casa el 21.5% en los casos y el 46.2% en los controles. La proporción de nulíparas fue del 12.4% en los casos y del 34.8% en los controles. En relación con atención prenatal, el 19.9% de los casos no tenían atenciones prenatales, mientras que el 32.3% tuvo mayor o igual a seis atenciones prenatales en cuanto a controles. En cuanto al tipo de amenaza de parto pretérmino, el de mayor predominio fue el tardío: 11.9% en los casos y 21.2% en los controles. Con lo cual llega la conclusión que la infección de tracto urinario se relaciona directamente con amenaza de parto pretérmino en gestantes.

Uriarte RN. (24), 2022 en Huánuco, realizó un estudio con el objetivo de determinar la asociación entre la infección de tracto urinario y la amenaza de parto pretérmino. La metodología seguida es un estudio de tipo retrospectivo, transversal, de nivel relacional, cuantitativo, analítico de diseño no experimental. La muestra está conformada 92 casos y 184 controles. Los resultados mostraron que el 19,6% de gestantes tenía entre 20 a 29 años, y el 27.5% contaba con nivel educativo secundario. En cuanto a la presencia de infección del tracto

urinario el 22.1% se presentó en grupo de los casos y el 23.9% en grupo de los controles, y fueron ocasionados por *Escherichia coli* en los casos 72.7% y en controles con un 24.2%. Se evidencio una asociación de infección de tracto urinario y amenaza de parto pretérmino con ($p= 0.000$ OR= 3.518). Llegando a la conclusión, que la infección del tracto urinario se asocia significativamente a la amenaza de parto pretérmino considerando el riesgo 3.5 más probable de desencadenar dicha complicación.

Llacsahuanga F. (25),2022 en Piura – Chulucanas, realizó un estudio con el objetivo de determinar la relación entre la infección urinaria como factor de riesgo y la amenaza de parto pretérmino en gestantes. La metodología seguida fue un estudio con diseño no experimental, de nivel descriptivo correlacional de caso y control, con muestra de 70 casos y 70 controles. Los resultados demuestran que la frecuencia de infección del tracto urinario fue el 67.1% en pacientes con amenaza de parto pretérmino, en cuanto a los controles el 22.9% presento infección de tracto urinario. La edad con p valor = 0.032 y lugar de procedencia con p valor = 0,001; Además se evidenció que los antecedentes de infección de tracto urinario presentaron p valor = 0.001 y número de partos p valor = 0.032. Llegando a la conclusión de que la infección urinaria es un factor de riesgo para la amenaza del parto prematuro en la población de gestantes y si existe relación entre los factores sociodemográficos: edad y lugar de procedencia y amenaza de parto pretérmino, y factores gineco-obstétricos número de partos, infección urinaria, antecedentes de infección del tracto urinario y amenaza de parto prematuro.

2.1.3. Antecedentes regionales/locales

Sierra S. (26),2022 en la provincia de Abancay, departamento Apurímac, realizó un estudio con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino. La metodología seguida fue un estudio de tipo observacional retrospectivo transversal, nivel descriptivo correlacional, con diseño no experimental, con muestra de 60 casos y 60 controles. Entre los resultados obtenidos, las infecciones del tracto urinario fue uno de los factores de riesgo para el parto pretérmino, presentándose con un 80.0% en grupo de los casos y con un 13.3% en grupo de los controles, con un $p < 0.000$, con un odds ratio (OR) = 26 y un intervalo de confianza del 95% (IC95%: 9.789–69.057). Llegando a la conclusión que los factores sociodemográficos y obstétricos se encuentran significativamente asociados con la ocurrencia de parto pretérmino, dado que los valores de p obtenidos fueron inferiores al nivel de significancia establecido ($p = 0.05$).

2.2. Bases teóricas

Teoría de la Respuesta Inflamatoria Sistémica (SRIS)

Esta teoría se caracteriza por la activación del sistema inmunitario y una respuesta inflamatoria generalizada, resultante de la liberación masiva de citocinas. Esta reacción puede ser provocada por agentes infecciosos como no infecciosos, alterando el equilibrio entre las respuestas proinflamatorias y antiinflamatorias (27)(28). El embarazo provoca un estado inflamatorio que eleva las citoquinas proinflamatorias y activa la coagulación, permitiendo la aceptación de los antígenos fetales y la protección contra infecciones. En el primer trimestre, la inflamación facilita la implantación y formación de la placenta; en los trimestres posteriores, el sistema inmune se adapta a un estado antiinflamatorio para apoyar el desarrollo fetal (29).

Un desequilibrio en esta tolerancia inmunológica puede causar parto prematuro, ya que está relacionado con procesos inflamatorios sistémicos. Por último, las cascadas inflamatorias del SIRS también alteran la contractilidad uterina y la integridad cervical (30)(31).

Teoría de la Infección Ascendente

En esta teoría menciona que las infecciones del tracto urinario generalmente ocurren por vía ascendente, donde los microorganismos ascienden por la vía común que es la uretra, empezando desde la región perineal hasta el tracto urinario, y pueden progresar hacia el parénquima renal o bien ascender desde la vagina al cuello uterino. Esta infección es más común en mujeres debido a la proximidad entre la uretra y el ano (32).

Durante el embarazo, aumenta infecciones por vía ascendentes porque la longitud de la uretra es menor. Además, por cambios fisiológico y hormonales

como en caso de la progesterona contribuye a la aparición o empeora los síntomas de infección de tracto urinario, ya dicha hormona relaja los músculos de vejiga y los uréteres, lo que puede ocasionar estasis urinaria, facilitando el crecimiento bacteriano y, por lo tanto, aumenta el riesgo de infección de tracto urinario (33)(34). Cuando hay presencia de infección de tracto urinario (ITU), los leucocitos neutrófilos infiltrados liberan fosfolipasas, que esto pueden ser responsables de la dilatación y el inicio del parto prematuro (35).

Teoría del Estrés Oxidativo y el Daño Endotelial

En esta teoría se explica que el estrés oxidativo ocurre cuando hay un desbalance entre las especies reactivas de oxígeno y la capacidad del organismo para neutralizarlas con antioxidantes. Este desequilibrio puede dañar el ADN, alterar la señalización celular y lesionar el endotelio. Esta situación se agrava antes de las 32 semanas de gestación debido a la deficiencia de enzimas antioxidantes como el superóxido dismutasa, la catalasa y glutatión peroxidasa (36)(37). Además, se menciona que el estrés oxidativo afecta el desarrollo placentario, alterando la invasión trofoblástica y la perfusión placentaria (38).

Las mujeres embarazadas con niveles elevados de estrés oxidativo presentan un mayor riesgo de parto prematuro espontáneo, especialmente antes de las 34 semanas de gestación (39). Por último, en esta teoría menciona que la disfunción endotelial puede iniciarse en etapas tempranas del embarazo y está relacionada con el estrés oxidativo, ya que este es un fenómeno patológico que afecta el endotelio vascular, el cual es un factor clave en la regulación de la homeostasis vascular. El estrés oxidativo reduce la biodisponibilidad de óxido nítrico, lo que contribuye a la disfunción endotelial y a la alteración de procesos como la

inflamación, la coagulación y el tono vascular, exacerbando así complicaciones durante la gestación (40).

Modelo de la Disbiosis del Microbioma Urinario y Vaginal

Esta teoría explica que el microbioma vaginal, por lo general está compuesto por los diversos microorganismos presentes en la vagina, y que a lo largo de la vida de una mujer su composición es influenciada por factores tanto intrínsecos como extrínsecos (41). En la menarquia, los niveles elevados de estrógeno promueven la proliferación de las células epiteliales vaginales y la deposición de glucógeno, el cual es utilizado principalmente por los lactobacillus, cuya función es proteger y mantener la homeostasis vaginal mediante la producción de ácido láctico, lo que reduce el pH de la vagina (42)(43).

Durante el embarazo, el microbioma regula el sistema inmunológico y el metabolismo. El aumento de estrógeno va favorecer el depósito de glucógeno vaginal, lo que aumenta la proliferación de *Lactobacillus crispatus*, que protege contra infecciones vaginales (43). Sin embargo, los niveles elevados estrógeno y progesterona, junto con el depósito de glucógeno, el pH vaginal bajo y una inmunidad alterada, crean un entorno propenso a la infección, lo que puede inducir la liberación de prostaglandinas, generar contracciones uterinas y, en consecuencia, desencadenar un parto prematuro (44).

Por lo tanto, cuando ocurre disbiosis vaginal, se refiere al desequilibrio en el microbiota vaginal, hay una disminución de bacterias protectoras como los lactobacillus, acompañado de un sobrecrecimiento de microorganismos patógenos, lo que aumenta el riesgo de infecciones y puede terminar en un parto prematuro (45).

2.3. Bases conceptuales

Infección de tracto urinario

Definición

La infección del tracto urinario (ITU) se refiere a la presencia de microorganismos patógenos en las vías urinarias, los cuales invaden y superan las defensas del cuerpo, llegando a afectar cualquier parte del sistema urinario, como la uretra, la vejiga, los uréteres o los riñones. Estas infecciones pueden manifestarse con síntomas o ser asintomáticas. La mayoría de infección de tracto urinario son causadas por bacterias; por lo tanto, para confirmar una infección de tracto urinario bacteriana, no solo es necesario identificar los gérmenes en las vías urinarias, sino también que el cultivo de orina donde muestre más de 100,000 unidades formadoras de colonias (UFC) por mililitro de orina (46)(47).

Las infecciones urinarias pueden afectar a personas de todas las edades y géneros, pero son más comunes en mujeres debido a su uretra más corta, lo que facilita la entrada de microorganismos del exterior hacia la vejiga. De hecho, se estima que alrededor del 50% de las mujeres experimentan al menos una infección de tracto urinario en su vida. Además, la infección de tracto urinario también es frecuentes durante el embarazo (48).

Infección de tracto urinario en embarazo

Definición

La infección del tracto urinario es una afección bacteriana común durante el embarazo, caracterizada por la invasión y proliferación de bacterias en el aparato urinario, lo que altera su funcionamiento. Esta infección puede tener consecuencias tanto para la madre como para el feto (49).

Durante la gestación, se producen cambios anatómicos, hormonales, fisiológicos e inmunológicos, como el crecimiento del útero, que puede provocar un estrechamiento de la vejiga y un aumento de la frecuencia urinaria. Además, los niveles elevados de progesterona inducen estasis, dilatación y alteraciones en la peristalsis ureteral, lo que crea un ambiente favorable para el crecimiento bacteriano (50). Según diversas investigaciones, la infección de tracto urinario se presenta principalmente durante el segundo y tercer trimestre del embarazo, siendo la segunda complicación más frecuente durante este periodo (51).

Epidemiología de infección de tracto urinario en gestantes

Las infecciones del tracto urinario son uno de los principales problemas que se presenta durante el embarazo, ya que se han relacionado con complicaciones tanto para la madre como para el feto, y aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal (52).

Durante el embarazo, las infecciones urinarias son una de las infecciones más comunes, con una prevalencia de 20%, siendo un mayor en los países en desarrollo que en los países desarrollados (48). A nivel mundial, se presenta alrededor de 150 millones de casos de infección del tracto urinario en gestantes, con una prevalencia que oscila entre el 5 y el 12%, seguido por Estados Unidos, donde las infecciones del tracto urinario generan 7 millones de consultas cada año (53).

En América latina, la prevalencia de infección de tracto urinario varía entre el 5 y el 10%. En Ecuador la incidencia es más alta en gestantes, con un 22.5%, y se estima que entre el 5 y el 10% de mujeres embarazadas desarrollan algún tipo de infección de tracto urinario. En Perú, el 18.5% de los casos de infección de tracto urinario se relacionan con la complicación de parto pretérmino (50).

De acuerdo con investigaciones recientes, cerca del 10.7% de las muertes maternas relacionadas con el embarazo a nivel mundial se deben a distintas infecciones. Además, aproximadamente el 28% de las infecciones durante el embarazo se localizan en el tracto urinario. Se calcula que la bacteriuria asintomática puede evolucionar hacia una infección urinaria en hasta el 25% de los casos. La prevalencia de esta condición en mujeres no gestantes se sitúa entre el 5% y el 6%, cifras comparables a las observadas durante el embarazo, donde varían entre el 2% y el 10% (54).

En cuanto a las infecciones urinarias sintomáticas, tanto la cistitis como la pielonefritis afectan entre el 1% y el 2% de las gestantes, siendo más comunes en el segundo trimestre. La pielonefritis, en particular, no solo constituye una causa relevante de infecciones severas como el shock séptico, sino que además representa uno de los principales motivos de hospitalización durante la gestación. Un estudio específico mostró que el 3.5% de las hospitalizaciones antes del parto fueron causadas por infección de tracto urinario (ITU) (54).

Fisiopatología de Infección de tracto urinario en embarazo

Durante el embarazo, el tracto urinario experimenta cambios anatómicos, fisiológicos y hormonales que aumentan la predisposición a infecciones del tracto urinario (ITU). Estos cambios, impulsados por las hormonas, facilitan el desarrollo de infecciones, ya que la mayoría de las infecciones de tracto urinario resultan de la colonización ascendente de las vías urinarias por microorganismos intestinales. La cercanía de la uretra femenina al área perineal y la corta longitud de la uretra favorecen la invasión bacteriana, que puede ascender hasta la vejiga o hasta los riñones, causando infecciones (34)(49).

Los cambios fisiológicos en el embarazo están estrechamente relacionados con el aumento de los niveles de progesterona, que provoca una relajación del músculo liso. Esta relajación reduce el peristaltismo ureteral y aumenta la capacidad de la vejiga, lo que genera una presión sobre la misma, resultando en un vaciamiento inadecuado. Además, se observa una dilatación de los cálices renales en su porción superior, lo que conlleva a la "hidronefrosis" fisiológica y a la estasis urinaria (55)(56). El estancamiento urinario puede agravarse por el incremento en el tamaño del útero, que afecta la posición de los uréteres durante el segundo y tercer trimestre del embarazo (47).

Otro de los cambios observados es la dilatación de los uréteres y la disminución del tono uretral, lo cual también disminuye el tono de la vejiga. Este proceso favorece la invasión y el ascenso de microorganismos al tracto urinario superior, lo que aumenta el riesgo de infección en las estructuras renales y tubulares (57). Además, el aumento del pH urinario favorece la multiplicación bacteriana y aumenta el reflujo vesicoureteral. Como resultado de estos cambios, se observa un incremento en la excreción de bicarbonato, y la glucosuria, debido al aumento de la tasa de filtración glomerular, puede llegar a ser del 30% al 50%. Durante el embarazo, la médula renal muestra mayor sensibilidad, lo que predispone a las infecciones debido a la inhibición de la fagocitosis (47)(56).

La glucosuria y la aminoaciduria son factores que favorecen las infecciones del tracto urinario (ITU). La excreción de glucosa supera los 100 mg/día, lo cual es anormal. Aunque el mecanismo exacto de la aminoaciduria selectiva no se comprende completamente, se cree que podría influir en la adherencia de *Escherichia coli* al urotelio. Además, la inmunosupresión propia del embarazo reduce la interleucina-6 en la mucosa y disminuye la respuesta de anticuerpos

frente a los antígenos de E. coli, lo que contribuye al desarrollo de infección de tracto urinario (34).

Microorganismos predominantes de infección del tracto urinario

Los microorganismos más comunes en las infecciones de tracto urinario son bacilos gramnegativos, como la Escherichia coli, responsable del 55% de los casos en general y el 82% en mujeres embarazadas. Le sigue Klebsiella (14%), y tanto esta como Proteus pueden ser responsables del 10 al 13% de las infecciones urinarias. La mayoría de estas infecciones son de origen ascendente, especialmente en mujeres embarazadas, aunque también pueden tener un origen hematógeno (55)(58).

Manifestaciones clínicas y diagnósticas

El cuadro clínico de una infección del tracto urinario (ITU) incluye síntomas como disuria, polaquiuria y tenesmo vesical, los cuales pueden ir acompañados de incontinencia urinaria, dolor en la zona suprapúbica, hematuria y sensación de ardor al orinar. Los síntomas varían dependiendo del sitio de la infección, aunque en algunos casos pueden no presentarse manifestaciones evidentes. En función al lugar en el que las bacterias se proliferan, las infecciones urinarias se clasifican en: bacteriuria asintomática (presencia de bacterias en la orina sin síntomas), cistitis (infección de la vejiga) y pielonefritis (infección del riñón). Estas clasificaciones pueden asociarse a diferentes presentaciones clínicas, que en ocasiones son más específicas según la localización de la infección. Otras investigaciones también describen los síntomas en función de la clasificación de las infecciones del tracto urinario (53)(59).

Las infecciones de tracto urinario se pueden presentar de 3 formas:

- **Bacteriuria asintomática:** Hace referencia a que existen más de 100, 000 unidades formadoras de colonias (UFC) sin manifestaciones clínicas de infección urinaria. Sin embargo, si no se trata de forma adecuada, puede evolucionar hacia pielonefritis en hasta un 30% de los casos. Los síntomas, cuando se presentan, pueden incluir dolor abdominal inferior, disuria con o sin ardor al orinar, olor fuerte en orina, polaquiuria, disuria, hematuria y piuria, dolor lumbar (50)(60).
- **Cistitis:** Su cuadro clínico es polaquiuria, tenesmo vesical, disuria, dolor suprapúbico y, en ocasiones, hematuria (60)(61).
- **Pielonefritis:** Se manifiesta con síndrome miccional acompañado de fiebre, escalofríos, náuseas, vómitos, dolor lumbar y dolor al puño percusión en la región costovertebral (60)(61).

Diagnostico

La infección del tracto urinario (ITU) se diagnostica principalmente mediante la evaluación clínica, observando síntomas como fiebre, escalofríos, náuseas, vómitos y malestar general. Se confirma mediante un examen de orina y un urocultivo, en el que se toman dos muestras secuenciales y se verifica si la misma bacteria está presente en una concentración igual o superior a 100,000 UFC/ml. Las muestras deben obtenerse del chorro medio de orina, recolectando en condiciones de higiene adecuada (62)(63).

Las pruebas de laboratorio, como el uroanálisis, son esenciales para detectar enfermedades renales mediante tirillas reactivas y microscopía. El urocultivo, considerado el estándar de oro, permite identificar y cuantificar las bacterias presentes en la orina. Además, los antibiogramas ayudan a determinar la sensibilidad de las bacterias a los antimicrobianos, lo que orienta el tratamiento.

más adecuado. En mujeres embarazadas, es fundamental realizar un urocultivo para detectar bacteriuria significativa y prevenir complicaciones (64).

De igual manera para poder diagnosticar el tipo de infección de tracto urinario, se debe tener en cuenta lo siguiente:

- **Bacteriuria asintomática:** Su diagnóstico se realiza mediante urocultivo que muestre más de 100,000 unidades formadoras de colonias /ml de algún germen uropatógeno en una paciente sin manifestaciones clínicas urinarias (58).
- **Cistitis:** El diagnóstico se basa en los signos y síntomas que presenta la paciente, siendo importante complementar con un el cultivo de orina que evidencie la presencia de bacterias (58).
- **Pielonefritis:** Se diagnostica a través de signos y síntomas clínicos, así como mediante un urocultivo que evidencie más de 100 000 unidades formadoras de colonias /ml de un único patógeno (58).

Complicaciones de infección del tracto urinario en gestantes

Realizar un diagnóstico temprano y preciso es fundamental, al igual que el tratamiento adecuado, ya que las infecciones del tracto urinario (ITU) pueden causar complicaciones graves tanto para la madre como para el recién nacido. Estas complicaciones incluyen hipertensión gestacional, amenaza de parto pretérmino, parto prematuro, preeclampsia, anemia materna, ruptura prematura de membranas, bajo peso al nacer, edema pulmonar e insuficiencia respiratoria materna, así como sepsis, amniotitis, mortalidad fetal, absceso renal, insuficiencia renal aguda, sepsis y/o shock séptico materno, sepsis y neumonía neonatal, y mortinato. Además, la infección del tracto urinario durante el embarazo se ha relacionado de manera independiente con el riesgo de restricción del crecimiento

intrauterino (65)(66). La pielonefritis materna, en particular, puede llevar a sepsis, coagulación intravascular diseminada y síndrome de dificultad respiratoria aguda (61). A pesar de su alta prevalencia, las ITU siguen siendo un problema de salud significativo, y es esencial que los profesionales de salud sepan identificar y tratar estas infecciones de manera efectiva. Además, factores culturales podrían influir en el desarrollo de estas infecciones en mujeres embarazadas.

Tratamiento y manejo clínico

Medidas generales

Se sugiere ingerir una cantidad suficiente de líquidos, superior a los dos litros al día. Además, es importante vaciar completamente la vejiga con frecuencia y después de las relaciones sexuales, así como mantener una correcta higiene genital. Se recomienda el uso de ropa interior, preferentemente de algodón. En mujeres embarazadas con factores de riesgo, se debe realizar un urocultivo desde la primera atención prenatal. Asimismo, es fundamental tratar de manera inmediata la bacteriuria asintomática durante el embarazo (58).

Infección del tracto urinario con criterio de hospitalización

Tratamiento para Bacteriuria asintomática

La administración de antibióticos debe realizarse durante un periodo aproximado de tres a siete días, según las indicaciones del médico. Entre los antibióticos que pueden utilizarse se encuentran los siguientes (58).

Primera opción de tratamiento:

- Nitrofurantoína 100 mg cada seis horas. Se debe evitar su uso cerca del término del embarazo o durante el parto debido al riesgo de anemia hemolítica en el recién nacido.
- Cefalexina de 500 mg cada seis horas.

- Amoxicilina de 500 mg cada ocho horas.
- Amoxicilina/ácido clavulánico un comprimido cada 12 horas.
- Cefuroxima de 500 mg cada 12 horas.
- Timetropin/Sulfametoxazol 160/800 mg cada 12 horas. No se recomienda en el primer trimestre del embarazo por el riesgo de teratogenicidad, ni en el tercer trimestre debido al riesgo de hiperbilirrubinemia neonatal y kernicterus (58).

Segunda opción de tratamiento:

Fosfomicina trometamol 3g (vía oral o intramuscular) como dosis única.

Realizar un urocultivo de control una semana después de finalizar el tratamiento.

Para pacientes con episodios recurrentes de bacteriuria significativa, se recomienda la supresión continua con antibióticos: nitrofurantoína 100 mg antes de acostarse o cefalexina 500 mg durante el resto del embarazo (58).

Tratamiento para cistitis

La antibioticoterapia recomendada es similar a la utilizada para la bacteriuria asintomática, administrada durante siete días.

Tratamiento para Pielonefritis

El tratamiento antibiótico debe ser administrado durante un período de 10 a 14 días, según las indicaciones médicas. Las opciones incluyen:

- Ceftriaxona de 2 gramos por vía intravenosa cada 24 horas.
- Cefazolina de 1 gramo por vía intravenosa cada seis horas.

- Cefazolina de 1 gramo por cada ocho horas, combinada con Gentamicina 3mg/kg/día por vía intravenosa.
- Amikacina 15 mg/kg/día, este medicamento debe ser evaluado individualmente según el riesgo y beneficio, debido a su potencial ototoxicidad y nefrotoxicidad fetal (58).

Si la fiebre o los síntomas clínicos persisten por más de 72 horas, es necesario sospechar la presencia de complicaciones como resistencia a los antibióticos, nefrolitiasis, absceso perirrenal, celulitis intrarrenal u otras infecciones concomitantes. En cambio, si el paciente se mantiene sin fiebre durante un período superior a 48 horas, se puede considerar la transición del tratamiento antibiótico de la vía intravenosa a la vía oral, así como evaluar la posibilidad de otorgar el alta médica, continuando la terapia con antibióticos orales por un período adicional de 14 días. Es importante realizar un urocultivo de control una semana después de haber finalizado el tratamiento (58).

Amenaza de parto pretérmino

Definición

Se entiende por amenaza de parto pretérmino (APPT) aquella situación en la que, entre las 22 y 36.6 semanas de gestación, existe un riesgo inminente de parto prematuro (58). Este se caracteriza por la presencia de contracciones uterinas regulares, con las membranas amnióticas intactas. Las contracciones, se pueden detectar a través de la palpación, ocurren al menos una vez cada 10 minutos y tienen una duración de aproximadamente 30 segundos dentro de un intervalo de 60 segundos. Además, pueden estar acompañadas de un borramiento cervical inferior al 50% y/o una dilatación cervical menor de 2 cm (58)(67).

Clasificación de acuerdo a la edad gestacional

Para determinar la edad gestacional de un recién nacido prematuro se debe tener en cuenta la siguiente clasificación:

- < de 28 semanas de gestación se denomina como prematuros extremos.
- De 28 – 31 semanas de gestación se denomina como muy prematuros.
- De 32 – 33 semanas de gestación se denomina prematuros moderados.
- De 34 - 36 semanas de gestación se denomina prematuros tardíos (58).

Fisiopatología de parto pretérmino

Existen diversas vías fisiopatológicas que pueden desencadenar una amenaza de parto prematuro (APPT), y entre las más reconocidas, se destaca la inflamación en los tejidos gestacionales, como el miometrio, cuello uterino, decidua y membranas fetales, por lo tanto, esta inflamación juega un papel crucial en el inicio del parto (68)(69).

Asimismo, se ha identificado que la activación de los receptores tipo Toll en las células inmunitarias innatas provoca una respuesta inflamatoria que incluye la liberación de citocinas y quimiocinas, como IL-1, IL-6, IL-8, CCL2 y la proteína quimioatrayente de monocitos. Esta cascada inflamatoria recluta células inmunitarias, promueve la producción de prostaglandinas y metaloproteinasas de matriz, lo que conduce a la maduración cervical y la progresión de las contracciones uterinas. Además, el ingreso de macrófagos en el líquido amniótico

amplifica aún más la inflamación, contribuyendo al inicio del parto prematuro (69)(70).

Otra causa relevante es la interrupción de la señalización de la progesterona, hormona clave para mantener el embarazo y prevenir el trabajo de parto prematuro. La progesterona promueve la quiescencia uterina, evitando la contracción prematura del miometrio y el cuello uterino. Cuando hay la inhibición de esta hormona aumenta la excitabilidad del miometrio, favoreciendo la degradación de la matriz extracelular cervical, lo que provoca su ablandamiento y dilatación, conduciendo al parto prematuro (69).

El estrés materno, ya sea físico o psicológico, también puede inducir un parto prematuro. Este estrés genera un estado de estrés fetal que reduce el flujo uteroplacentario y activa prematuramente el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal fetal. El principal mediador es el factor liberador de la hormona corticotrófica (CRH), que, al estimular la producción de prostaglandinas, inicia la maduración cervical y la dinámica uterina, provocando un círculo de retroalimentación que puede desencadenar el trabajo de parto prematuro (69).

Finalmente, la sobredistensión uterina, como resultado de un crecimiento fetal anómalo, también puede desencadenar un parto prematuro. La distensión de las fibras miométriales aumenta la contractilidad del útero, favoreciendo la liberación de prostaglandinas y la expresión de conexina-43 y proteínas de unión de brechas. Además, la sensibilización de los receptores de oxitocina puede contribuir a la iniciación de contracciones prematuras (68).

Factores de riesgo materno

Los factores sociodemográficos hacen referencia a las características que configuran el perfil social y demográfico de la gestante, incluyendo aspectos como la edad, el grado de educación alcanzado, su actividad laboral y el estado civil.

Edad materna: La edad materna en sus extremos (menores de 18 años o mayores de 35) es un factor de riesgo para el parto prematuro. En adolescentes, la inmadurez física y las condiciones socioeconómicas desfavorables aumentan este riesgo, además de posibles rechazos que llevan a un cuidado inadecuado. En mujeres mayores, las enfermedades crónicas preexistentes elevan el riesgo. Estos factores se asocian con bajo pesos al nacer, partos prematuros y desnutrición intrauterina (71)(13).

Estado civil: El estado personal de una persona, relacionado con la formación de una familia mediante vínculos jurídicos, implica derechos y obligaciones. En este contexto, el estado civil de soltera de una gestante puede aumentar el riesgo de parto prematuro, debido a la falta de apoyo económico y emocional, lo que podría llevar al descuido en sus cuidados durante el embarazo (72).

Ocupación: La ocupación de la madre durante el embarazo, se refiere al empleo o trabajo que realiza, puede estar relacionada con nacimientos prematuros, ya que puede generar situaciones de estrés físico y psicológico, esfuerzos que pueden aumentar la probabilidad de contracciones precoces durante el embarazo, aumentando así los riesgos y problemas en la gestación (73).

Antecedente de parto pretérmino: Se refiere al número de nacimiento en que ha experimentado la gestante. Esto es un factor relevante para la posibilidad de que ocurra un nuevo parto prematuro en gestaciones posteriores. En mujeres con

antecedentes, si la longitud cervical a mitad del segundo trimestre es menor a 25 mm, el riesgo de un parto prematuro antes de las 35 semanas de gestación puede aumentar considerablemente (74). Además, la historia de un parto pretérmino cobra especial relevancia cuando está asociada a una incompetencia cervical, lo que implica un cuello uterino corto. También se deben considerar factores inmunológicos y hormonales, como la disminución de progesterona (hormona clave para el embarazo) y la acción prematura de la oxitocina (13).

Antecedente de abortos: Se refiere al número de abortos, ya sea espontáneo o inducido, puede causar daño tanto en el cérvix como en la cavidad uterina, lo que aumenta la probabilidad de tener nuevamente un parto prematuro en el futuro. De hecho, tener este antecedente incrementa en 2.6 veces el riesgo de sufrir un parto pretérmino. Además, factores como haber tenido abortos previos y ser primípara también se han identificado como riesgos adicionales para el parto prematuro (71)(72).

Numero de atenciones prenatales: Las atenciones prenatales contribuyen en la reducción de mortalidad materno perinatal, también brindan una amplia visión integral del estado del feto, según ministerio de salud, las atenciones prenatales deben ser, como mínimo, seis. La realización inadecuados de estas atenciones incrementa significativamente el riesgo de parto prematuro. Las mujeres que no recibieron cuidado prenatal durante el embarazo tuvieron un riesgo 5,19 veces mayor de experimentar un parto prematuro. Por otro lado, aquellas que recibieron atenciones prenatales irregulares enfrentaron un riesgo 2,87 veces mayor (13).

Hábitos: Se refiere al habito que tiene la gestante. Por ejemplo, fumar está relacionado con el parto prematuro debido a su relación con la respuesta

inflamatoria sistémica, y su impacto dependerá directamente del número de cigarrillos consumidos por día (13).

Periodo intergenésico: Se refiere al intervalo entre el ultimo evento obstétrico y el inicio de la siguiente gestación. La Organización Mundial de la Salud recomienda un intervalo intergenésico de al menos dos años y no más de cinco años entre un embarazo y otro, ya que un espaciamiento adecuado puede ayudar a prevenir resultados perinatales adversos. Tanto un intervalo muy corto como uno demasiado largo pueden incrementar el riesgo de prematuridad. En el caso de un intervalo corto, el riesgo se asocia a la no restauración completa de los micronutrientes tras la gestación previa. Por otro lado, un el intervalo largo puede implicar una regresión fisiológica, ya que las capacidades reproductivas tienden a disminuir con el tiempo (74)(13).

Paridad: Se refiere al número de partos que ha tenido la mujer a lo largo de su vida. El número de partos es un determinante relacionado con el parto pretérmino, aunque para algunos autores existe controversias sobre si es o no un factor de riesgo. Estudios mencionan que las nulíparas son tres veces más propensas a tener parto prematuro, al igual que las gestantes gran multíparas (75).

Factores obstétricos

Infección de vías urinarias: Existe cuando las bacterias ingresan y se multiplican en el tracto urinario durante en gestación. Es más frecuente por la corta longitud de la uretra, lo que aumenta el riesgo de parto prematuro, especialmente espontáneo. Las mujeres embarazadas con infección urinaria tuvieron un mayor riesgo de dar a luz antes de las 32 semanas. Como resultado, el 28,8% de ellas experimentaron un parto prematuro (76).

Ruptura prematura de membranas: Se refiere a la ruptura de las membranas corioamnióticas antes del inicio del trabajo de parto y antes de 37 semanas de gestación. Las membranas amnióticas presentan propiedades biomecánicas que podrían ocasionar microfracturas en ellas (77). La investigación científica ha demostrado que la ruptura prematura de membranas aumenta la probabilidad de un parto prematuro. En este sentido, Escobar B et al. (78), evidenciaron que la RPM eleva en cuatro veces la probabilidad de un parto pretérmino.

Polihidramnios: Se refiere al acúmulo excesivo de líquido amniótico durante el embarazo, y provoca una distensión uterina excesiva. Esto conduce a un aumento en la producción de prostaglandinas, las cuales podrían contribuir al inicio del parto prematuro (77). Un estudio realizado en India, reportó que las mujeres con polihidramnios presentaron una probabilidad casi 10,27 veces mayor de tener un parto prematuro (79).

Embarazo múltiple: Se refiere a un embarazo con más de un embrión. En un estudio realizado se encontró que el embarazo gemelar aumenta en 5,8 veces la probabilidad de tener un parto prematuro (78). Esto se debe a la distensión uterina, que induce un aumento en la producción de ciclooxigenasa 2 y prostaglandinas, lo cual podría inducir un parto prematuro (77).

Preeclampsia: Se define cuando hay un incremento de la presión arterial igual o superior a 140/90 mmHg, o por una presión sistólica que alcanza o supera los 160 mmHg y/o diastólica de 110 mmHg, acompañado de daño en órganos específicos. Esta condición puede agravarse hasta presentar convulsiones conocidas como eclampsia. Donde estudios mencionan que es un factor de riesgo importante para el parto pretérmino ya que las mujeres embarazadas con

preeclampsia tuvieron casi cuatro veces más probabilidades de tener un parto antes de las 37 semanas de gestación, en comparación con aquellas que no padecieron esta condición (78)(80)(81).

Infección vaginal: Durante el embarazo, la mucosa vaginal experimenta alteraciones, comúnmente debido a infecciones virales, lo que favorece un mecanismo de infección bacteriana ascendente, incrementando el riesgo de parto prematuro (82).

Anemia: Es una condición caracterizada por la reducción del número de eritrocitos, lo que limita el transporte de oxígeno a los tejidos. Durante el embarazo puede causar problemas en recién nacido y en la madre. En el feto puede provocar retraso en el crecimiento o alteraciones en su desarrollo; en la madre, puede provocar debilidad, sangrados y aumentando el riesgo de parto prematuro (83).

Anomalías placentarias: Son alteraciones en el funcionamiento de la placenta y pueden ser responsables de hasta el 65% de los casos de muerte fetal. Estas enfermedades permiten detectar de forma problemas que afectan a la madre y al feto, identificar riesgos para futuros embarazos, clasificar distintos tipos de trastornos y descubrir causas ocultas de complicaciones (84).

Violencia Física: Fetene G y colaboradores (85), presentaron resultados que mostraron que las mujeres embarazadas que experimentaron violencia sexual, tuvieron casi tres veces más probabilidades de tener un parto pretérmino.

Factores de riesgo fetales

Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU): Se refiere a que el crecimiento del feto es pequeño para la edad gestación, lo que aumenta significativamente el riesgo de parto prematuro hasta 18 veces más en comparación con los embarazos sin complicaciones. Esta condición puede estar relacionada a factores genéticos, infecciones uterinas o deficiencias en la atención prenatal (86).

Malformaciones congénitas: Los recién nacidos con anomalías congénitas físicas visibles tenían un mayor riesgo de parto prematuro en comparación con los recién nacidos sin defectos. Estos recién nacidos presentan tres veces más probabilidades de nacer de manera prematura que aquellos sin defectos congénitos (87).

Diagnóstico de Amenaza de parto pretérmino

Para confirmar el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, existen una secuencia en la que el primer paso es realizar una historia clínica detallada, que incluya una anamnesis completa en la que se interroga sobre factores de riesgo y otras patologías presentes en la madre. También se debe determinar la edad gestacional, que debe estar entre las 22 y 36.6 semanas de amenorrea confiable, ya sea a partir de la fecha de la última menstruación o mediante la ecografía del primer trimestre. Si hay dudas, esta puede establecer con mayor precisión utilizando antropometría ecográfica o pruebas de madurez fetal a través del análisis del líquido amniótico. Asimismo, se debe indagar sobre la actividad uterina, el sitio del dolor, la sensación de presión en la pelvis y la presencia de sangrado vaginal (58).

El siguiente paso es realizar un examen físico, el cual ayudará a descartar otras posibles causas del dolor y a evaluar la dinámica uterina. En la exploración obstétrica, se debe examinar la frecuencia cardíaca fetal, la altura uterina y la irritabilidad uterina (58).

En la evaluación de la dinámica uterina, se identifican características clave de las contracciones, como una frecuencia superior a una cada 10 minutos, una duración mayor a 30 segundos y una actividad persistente durante 60 minutos. Si es necesario, se realiza un tacto vaginal para evaluar la dilatación y/o modificaciones cervicales. Si el borramiento del cérvix es del 50 % o menos, y la dilatación es inferior a 2 cm, y se cumplen los criterios anteriores, se diagnosticará amenaza de parto prematuro (APPT) (58).

Finalmente, se pueden realizar otros exámenes de laboratorio o de apoyo diagnóstico, según sea necesario.

- Hemograma y pruebas de coagulación, con determinación de la proteína C-reactiva, Grupo sanguíneo y RH factor Rh.
- Examen de orina, urinocultivo.
- Examen directo de secreción vaginal y coloración de Gram
- Cultivo endocervical
- Ecografía transvaginal para valorar la longitud cervical (para predicción de parto prematuro) y abdominal para la presentación fetal, el peso fetal estimado, la localización de la placenta y la columna máxima de líquido amniótico.
- Registro cardiotocográfico (NST) para valorar la dinámica uterina y el bienestar fetal anteparto (1)(58).

Complicaciones de Amenaza de parto pretérmino

Complicaciones neonatales

Las complicaciones neonatales relacionadas con la prematuridad son los siguientes:

Síndrome de dificultad respiratoria en neonatos prematuros: Es un trastorno causado por la falta de una sustancia protectora conocida como surfactante, que facilita la expansión de los pulmones y previene el colapso alveolar. La principal causa de esta deficiencia es la falta de maduración pulmonar, aunque también puede deberse a problemas genéticos que afectan el desarrollo adecuado de los pulmones. Esta enfermedad se caracteriza por la necesidad de hospitalizar al neonato, quien requiere tratamiento con antibióticos y oxígeno, y no se debe confundir con una taquipnea transitoria. Una de las complicaciones asociadas es la displasia broncopulmonar (87).

Apnea: Se define como la interrupción temporal de la respiración y afecta a los neonatos nacidos antes de la semana 37 de gestación. Se diagnostica después de descartar sepsis o asfixia. Se caracteriza por la ausencia de respiración durante más de 20 segundos, acompañada de bradicardia, palidez, cianosis o hipotonía. A menudo se confunde con respiraciones periódicas, que son pausas respiratorias de 10 a 15 segundos interrumpidas por breves pausas de tres segundos. Ambos fenómenos son menos comunes a medida que avanza la edad gestacional. Además, los prematuros pueden enfrentar otras complicaciones respiratorias, como edema pulmonar, bronconeumonía connatal, bloqueos aéreos, hipertensión pulmonar persistente y hemorragia pulmonar (87).

La hemorragia intraventricular: Se define como sangrado dentro de ventrículos, también conocida como hemorragia de la matriz germinal. Es la complicación intracraneal más común en neonatos prematuros, afectando entre el 15% y el 20% de los recién nacidos antes de las 32 semanas de gestación. Esta condición es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad perinatal, siendo la complicación neurológica más frecuente en prematuros. La gravedad de la hemorragia intraventricular (HIV) está inversamente relacionada con la edad gestacional y el peso al nacer (menos de 1,500 g). Más del 90% de los casos ocurren dentro de las primeras 72 horas de vida, con el 50% ocurriendo el primer día y el 100% dentro de los primeros 10 días. Otras complicaciones del sistema nervioso central en neonatos prematuros incluyen asfixia, encefalopatía hipóxica-isquémica, edema cerebral e hidrocefalia (87).

Conducto arterial permeable: Se refiere al pequeño vaso del corazón del feto que, al nacer, debería cerrarse, pero permanece abierto, afectando la circulación normal de la sangre. Este es una complicación neonatal común, especialmente en recién nacidos prematuros. Es el defecto cardíaco congénito más frecuente, afectando a uno de cada 5,000 recién nacidos a término y aproximadamente al 80% de los neonatos prematuros con peso muy bajo (<1000 g). El conducto arterial permeable (CAP) se considera un importante problema de salud pública, ya que está estrechamente relacionado con las tasas de morbilidad y mortalidad en los neonatos prematuros, particularmente en aquellos con antecedentes de síndrome de dificultad respiratoria. Otras complicaciones cardiovasculares asociadas incluyen la hipotensión arterial y el foramen oval permeable (87).

Enfermedades intestinales: Es una complicación que surge debido a una insuficiencia en el suministro de sangre y oxígeno al tejido intestinal, y

generalmente se presenta entre los 14 y 21 días después del nacimiento. Otras complicaciones del aparato digestivo incluyen la intolerancia digestiva (87).

Hipotermia: Se produce por la inmadurez de los órganos y sistemas, así como a un tamaño corporal fetal inadecuado. Dentro de los trastornos metabólicos en prematuros, pueden presentarse complicaciones como hiperbilirrubinemia, hipoglucemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, hiponatremia, hiperpotasemia y acidosis metabólica (87).

Epilepsia: Se presenta por una inadecuada oxigenación debido a la inmadurez de los pulmones del neonato. La hipoxia puede producir daño cerebral, como una hemorragia intracerebral, considerada un desenlace fatal que conlleva a una lesión neurológica (88).

Retardo mental: Cuando el parto ocurre antes de las 28 semanas de gestación y el neonato sobrevive, es muy posible que, a futuro, presente dificultades en el desarrollo, como trastornos del lenguaje, problema de aprendizaje o alteraciones en la conducta. También pueden presentarse condiciones del neurodesarrollo, como el trastorno del espectro autista o ciertos trastornos psiquiátricos. (88).

Retinopatía: Es causada por el crecimiento anormal de los vasos sanguíneos en la retina, lo que puede provocar ceguera. Otras de las complicaciones neonatales influyen parálisis cerebral infantil, trastornos por déficit de atención, deterioro sensorial, visual y auditivo, displasia broncopulmonar (88).

Según investigaciones, las complicaciones respiratorias, como la enfermedad de membrana hialina, son más comunes en neonatos prematuros. Sin embargo, las principales causas de muerte neonatal en estos pacientes son las complicaciones neurológicas, las cuales representan entre el 60% y el 80% de los fallecimientos. Cerca del 50% de los sobrevivientes sufren discapacidades neurológicas

congénitas (87)(88). Entre estas complicaciones se incluyen la hemorragia intraventricular y periventricular, la leucomalacia periventricular y la enfermedad de la sustancia blanca. Además, otras condiciones asociadas incluyen la retinopatía de la prematuridad, la enterocolitis necrotizante y las infecciones intrahospitalarias (87).

Complicaciones maternas

Diversos estudios han evidenciado la prevalencia de complicaciones maternas graves asociadas con el parto prematuro temprano, considerando tanto el tipo de parto (vaginal o cesárea). Estas complicaciones incluyen la hemorragia (pérdida de sangre ≥ 1500 ml, necesidad de transfusión sanguínea o histerectomía), infección (endometritis, dehiscencia de la herida o infección de la herida que requiera antibióticos, reapertura o procedimientos inesperados), ingreso a la UCI o muerte. Estas complicaciones son más comunes en mujeres que tuvieron parto por cesárea (89).

Por otro lado, también se han identificado complicaciones psicológicas maternas, como depresión, ansiedad, estrés parental, trastorno de estrés agudo y trastorno de estrés postraumático. Se ha encontrado que las madres de recién nacidos muy prematuros pueden sufrir depresión severa durante hasta 12 meses después del parto prematuro (90).

Manejo y tratamiento de Amenaza de parto pretérmino

Para el manejo y tratamiento de la amenaza de parto pretérmino se debe tener en cuenta si la paciente presenta dinámica uterina regular y presenta clínica compatible con amenaza de parto prematuro y edad gestacional (58).

Medidas generales

- Se recomienda reposo en decúbito lateral izquierdo y observación dos a tres horas para valorar las características de dinámica uterina, mediante la palpación y/o el registro de NST. Asimismo, se debe realizar un tacto vaginal para verificar dilatación y las modificaciones cervicales. Si se identifican dichas modificaciones, se debe considerar la posibilidad de administrar tocolíticos de forma oral.
- Colocar una vía endovenosa segura con ClNa al 9 %, 1000 cc, e iniciar hidratación para disminuir las contracciones. Para ello, se deben administrar 500 cc en una hora, y posteriormente continuar con una infusión a razón de 60 gotas por minuto.
- Si la dinámica uterina cede y no existen modificaciones cervicales, se debe valorar el alta domiciliario con reposo relativo durante las siguientes 24 horas y continuar con el control obstétrico habitual.
- Si la dinámica uterina persiste, pero no hay modificaciones cervicales, se debe considerar el ingreso hospitalario para observación durante 12-24 horas. En este periodo se realizará el control de vitalidad fetal (mediante estetoscopio de Pinard, Doppler, Ecografía y Monitoreo fetal (NST)), así como estimación del peso fetal, mediante la medición de la altura uterina y/o ecografía obstétrica, verificando que corresponda con la edad gestacional. Inicialmente, no se recomienda administrar tratamiento tocolítico ni corticoides de forma sistemática. Los tocolíticos se utilizarán únicamente como tratamiento sintomático, con una pauta de 12-24 horas si es necesario, y se dará el alta precoz cuando ceda el cuadro sintomático.

- Si existen modificaciones cervicales, se debe realizar ingreso hospitalario para su manejo correspondiente (91)(58).

Medidas específicas

- El manejo hospitalario incluye reposo relativo o absoluto, según la indicación médica, y monitoreo materno-fetal. Se deben realizar pruebas complementarias como ecografía fetal, análisis de laboratorio, cultivo vagina-rectal para *Estreptococos* del grupo B, sedimento de orina y urinocultivo. Asimismo, se debe iniciar el tratamiento farmacológico, ya que es fundamental para el manejo de esta complicación (58).

Tratamiento farmacológico: Comprende los uteroinhibidores y fármacos inductores de la madurez pulmonar fetal.

Tocolisis

Las intervenciones farmacológicas para prolongar el embarazo incluyen el uso de medicamentos tocolíticos, cuyo objetivo es inhibir las contracciones uterinas y permitir la administración completa de la dosis de corticosteroides para la maduración pulmonar fetal (92). El tratamiento tocolítico se indica cuando hay contracciones uterinas regulares (no menos de cuatro cada 20 minutos) y longitud cervical acortada. Se recomienda entre las semanas 22 y 33 + 6 de gestación, y su uso generalmente se limita a gestaciones de hasta 34 semanas. En caso donde la dinámica uterina sea regular y de buena intensidad, pero sin cambios cervicales, se puede considerar el uso de tocolíticos de manera sintomática. Este tratamiento está contraindicado en los siguientes casos: sangrado vaginal importante, ruptura prematura de membranas, corioamnionitis, preeclampsia

severa, sufrimiento fetal o muerte fetal (93)(13). El fármaco que se utiliza para tocolizar es:

A. fármacos uteroinhibidores

Bloqueadores de los canales del calcio

- **Nifedipino:** Se administra como dosis de inicio: 10-20 mg VO, cada 20 minutos hasta en tres oportunidades, Seguida de 10 mg cada cuatro horas durante el primer día y 10 mg cada ocho horas durante seis días (58).

Antagonistas de los receptores de oxitocina

- **Atosiban:** Debe iniciarse inmediatamente tras el diagnóstico de inicio del trabajo de parto prematuro, y se lleva a cabo en tres etapas:
 - a. 0.9 ml EV en bolo durante un minuto (dosis total 6.75 mg).
 - b. 24 ml por hora (300 microgramos por minuto) EV por tres horas (dosis total 54 mg).
 - c. 8 ml por hora (100 microgramos por minuto) EV en mantenimiento, hasta 45 horas (dosis total hasta 270 mg) (58).

Tanto el nifedipino como el atosiban han demostrado tener una eficacia comparable para prolongar la gestación durante las primeras 48 horas y hasta los siete días (94).

Neuroprofilaxis

Se realizará neuroprofilaxis fetal con sulfato de magnesio en casos de sospecha de parto inminente o progresión de las condiciones obstétricas, tanto en embarazos simples como múltiples, antes de las 32 semanas. Esta intervención

busca reducir la gravedad y el riesgo de parálisis cerebral en los recién nacidos que sobreviven (92).

- **sulfato de magnesio:** Se administra cinco ampollas de Sulfato de magnesio al 20 % en 50 cc de ClNa 0.9 %. Dosis inicial: 40 gotas en 20 minutos, luego 10 gotas por hora, hasta completar 24 horas (58).

Corticoides

Los corticosteroides se utilizan para inducir la maduración pulmonar fetal, y se administran en casos de amenaza de parto prematuro entre las semanas 24 y 34.6 de gestación. Además, pueden considerarse a partir de las 23 semanas en mujeres con riesgo de parto en los próximos siete días (13).

El objetivo principal es reducir el riesgo de complicaciones como: el síndrome de distrés respiratorio, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, mortalidad neonatal e infecciones sistémicas. Los corticosteroides más utilizados son la betametasona y la dexametasona, ya que son los más estudiados y preferidos para promover la maduración de los órganos fetales. Su administración se ha asociado con una reducción significativa en la mortalidad neonatal (92).

B. fármacos inductores de la madurez pulmonar fetal:

- **Betametasona:** 12 mg IM c/24 horas por dos dosis.
- **Dexametasona:** 6 mg IM c/12 horas por cuatro dosis (58).

2.4. Definición de términos básicos

- **Gestación:** Se refiere desde el momento de la fecundación hasta el momento de nacimiento del feto, se señala por semanas (95).
- **Edad gestacional:** Tiempo que paso desde el último periodo menstrual hasta el momento de la entrevista, se menciona en semanas (95).
- **Paridad:** Determinada como el número de partos que presenta una mujer (47).
- **Atención prenatal:** Serie de actividades integradas, periódicas, encargadas en el monitoreo de las gestantes (47).
- **Amenaza de parto pretérmino:** Es la presencia de contracciones uterinas regulares antes de 37 semanas de gestación, acompañada de cambios cervicales (1).
- **Infección de tracto urinario:** Definida por la presencia de una infección en el tracto urinario (60).
- **Bacteriuria asintomática:** Presencia de gérmenes en el sistema urinario en la cual no presenta síntomas la paciente (60).
- **Cistitis:** Infección urinaria que llega hasta la vejiga (60).
- **Pielonefritis:** Infección del tracto urinario que llega hasta los riñones (60).

III. HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis general

H_0 : Las infecciones del tracto urinario no tienen un efecto significativo en el desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes del hospital Regional Guillermo Diaz de la vega – Abancay, 2024.

H_1 : Las infecciones del tracto urinario tienen un efecto significativo en el desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega – Abancay, 2024.

3.1.2. Hipótesis específicas

- HE1: La frecuencia de infecciones del tracto urinario en gestantes del Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega – Abancay, 2024, es alta.
- HE2: Existe un microorganismo predominante en las infecciones del tracto urinario en gestantes del Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega – Abancay, 2024.

3.2. Identificación de variables e indicadores

Variable 1: Infección del tracto urinario

Indicadores:

- Presencia de infección del tracto urinario
- Tipo de infección del tracto urinario
- Microorganismos predominantes
- Síntomas

Variable 2: Amenaza de parto pretérmino

Indicadores:

- Presencia de amenaza de parto pretérmino
- Edad gestacional
- Signos y Síntomas

3.3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Categoría	Escala	Instrumento
Infección del tracto urinario	Infección del tracto urinario en gestantes es una afección causada por la colonización y proliferación de microorganismos patógenos en las vías urinarias.	Es la infección del tracto urinario en gestantes confirmada laboratorial mente	Presencia de infección del tracto urinario	Diagnóstico clínico infección de tracto urinario	SI	Nominal	Ficha de recolección de datos
					NO		
			Tipo de infección del tracto urinario	Bacteriuria asintomática	Si	Nominal	
					No		
				Cistitis	SI	Nominal	
					NO		
				Pielonefritis	SI	Nominal	
					NO		
			Microorganismos predominantes	Escherichia coli	SI	Nominal	
					No		
				klebsiella	SI	Nominal	
					NO		
				Proteus	SI		
					NO		
				Otros	SI	Nominal	
					No		
			Síntomas	Disuria	SI	Nominal	
					No		
				Urgencia miccional	SI	Nominal	
					No		
				Dolor lumbar	SI	Nominal	
					No		

Variables	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Categoría	Escala	Instrumento
Amenaza de parto pretérmino	Es la presencia de contracciones uterinas regulares antes de 37 semanas de gestación, acompañada de cambios cervicales	Se diagnostica con la presencia de contracciones uterinas y modificaciones cervicales,	Presencia de amenaza de parto pretérmino	Diagnóstico clínico	SI	Nominal	Ficha de recolección de datos
					No		
			Edad gestacional	< de 28 semanas	Prematuros extremos	Ordinal	
				De 28-31 semanas	Muy prematuros		
				De 32-33 semanas	Prematuros moderados		
				De 34-36 semanas	Prematuros tardíos		
				>= de 37 semanas	A termino		
			Signos y Síntomas	Dinámica uterina	SI	Nominal	
					No		
				Cambios cervicales	SI	Nominal	
					No		
				Dolor lumbar	SI	Nominal	
					No		

IV. METODOLOGIA

4.1. **Ámbito de estudio: localización política y geográfica**

Políticamente, la provincia de Abancay pertenece al departamento de Apurímac. Con una superficie de 3.447 Km², que representa el 16.5% del área total del departamento. El Hospital Regional de Guillermo Díaz de la Vega está ubicado en la región: Apurímac, provincia y distrito de Abancay. Con dirección en AV: Daniel Alcides Carrión S/N de la provincia de Abancay 03001. Teniendo las coordenadas: latitud - 13.63983° o 13° 38' 23" sur, longitud: -72.88169° o 72° 52' 54" oeste, oeste del Meridiano de Greenwich; a una altitud de 2.378 m.s.n.m. y limitada: (12).

- **Norte:** Con Seminario mayor y las casas del Banco de la Nación.
- **Sur:** Con Av. Daniel Alcides Carrión.
- **Este:** Con la Dirección Regional de Salud de Apurímac y Caritas.
- **Oeste:** Con Av. Huáscar

4.2. **Tipo y nivel de investigación**

4.2.1 Tipo de investigación: Fue un estudio con enfoque cuantitativo observacional y retrospectivo.

Cuantitativo: Porque el estudio se basa en la recolección y analizar datos numéricos, para determinar el efecto de las infecciones del tracto urinario en la amenaza de parto pretérmino para mejorar estrategias de prevención y manejo de gestantes (96).

Observacional: Este estudio es observacional porque el investigador observa y analiza fenómenos tal como ocurren de manera natural y no se va manipular las variables de estudio (97).

Retrospectivo: En esta investigación se va recolectar los datos de manera retrospectiva, es decir en tiempo pasado (96).

4.2.2 Según el nivel de investigación: El nivel de estudio fue relacional

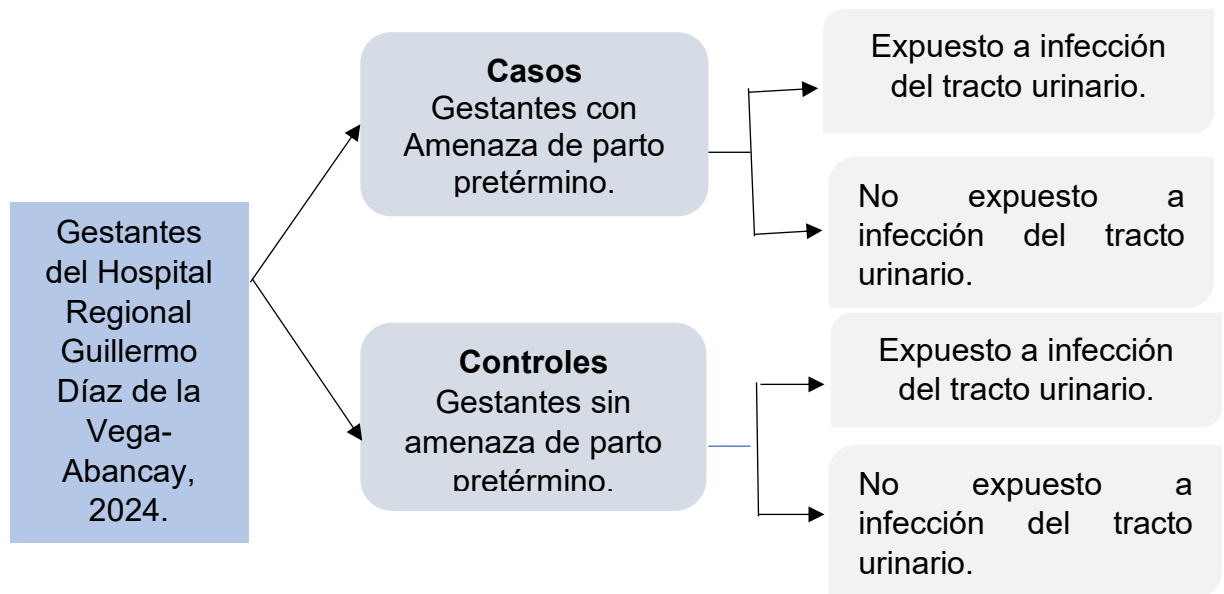
Relacional: El estudio se enfocó en analizar la relación entre dos variables infección de tracto urinario y Amenaza de parto pretérmino en gestantes. El estudio No busca establecer causalidad directa si no identificar si existe una asociación significativa entre las variables (98).

4.2.3 Diseño de la investigación: El diseño fue analítico de casos y controles.

Analítico: El estudio busca establecer una asociación entre las dos variables (96).

Estudio de casos y controles: Este diseño compara con un grupo de gestantes, definiéndose como casos a las gestantes que presentaron amenaza de parto pretérmino y como controles aquellas sin dicha complicación. Todo ello debido a que no se manipuló el variable de forma deliberada y los datos fueron recolectados en un solo momento dirigido a un fenómeno que ya ha ocurrido (99).

El diseño se presenta de la siguiente manera:



4.3. Unidad de análisis

La presente investigación estuvo conformada por cada gestante atendida en el servicio de obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega-Abancay, 2024, con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino expuesto o no a infección del tracto urinario.

4.4. Población de estudio

Este estudio estará conformado por gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino tanto expuestas como no expuestas a infección de tracto urinario, que recibieron atención en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2024.

Criterios de la inclusión y exclusión para los casos y controles

Criterios de inclusión casos

- Gestantes con amenaza de parto pretérmino tanto expuestas como no expuestas a infección del tracto urinario.
- Gestantes con historias clínicas completas legibles y accesibles.

Criterios de exclusión casos

- Gestantes con diagnósticos de otras patologías
- Gestantes con historia clínica con datos incompletos

Criterios de inclusión controles

- Gestantes sin amenaza de parto pretérmino expuestas y no expuestas a infección de tracto urinario.
- Gestantes con historias clínicas completas legibles y accesibles.

Criterios de exclusión controles

- Gestantes con diagnóstico de otras patologías

4.5. Tamaño de muestra

Debido al diseño de estudio y a los antecedentes bibliográficos realizados se realizó el cálculo de muestra para casos y controles através de programa EPIDAT.

Datos:

- Proporción de casos y controles: 10.1 % corresponde con el estudio de (24).
- Proporción de controles expuesto: 26.8% corresponde con el estudio de (24).
- Odds ratio a detectar: 2.558
- Numero de controles por caso: 1.1
- Nivel de confianza: 95%

Tabla N° 1: Resultado de tamaño muestra

Potencia (%)	Tamaño de muestra		
	Casos	Controles	Total
70	63	63	126

Fuente: elaborado por el EPIDAT

Obteniendo si una muestra estima de 63 casos y 63 en controles en un total de 126 gestantes

4.6. Técnica de selección de muestra

Para la selección de muestra se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, seleccionando a todas las gestantes que cumplan los criterios de inclusión y que se atiendan en el hospital durante el periodo de estudio.

4.7. Técnica de recolección de información

Técnica

La técnica empleada fue el análisis documental donde se revisará las historias clínicas para identificar diagnósticos de infección del tracto urinario y amenaza de parto pretérmino.

Instrumento

El instrumento empleado será la ficha de recolección de datos donde se va estructurar las variables infección de tracto urinario y amenaza de parto pretérmino.

4.8. Técnica de análisis e interpretación de la información

Estadística descriptiva: Se aplicó tabla de frecuencia y de distribución tanto para infección de tracto urinario y amenaza de parto pretérmino.

Estadística inferencial: Se aplicó la prueba estadística de CHI cuadrado para analizar la relación entre infección de tracto urinario y amenaza de parto pretérmino.

- Se utilizará los intervalos de confianza al 95% para interpretar la precisión de los resultados.
- Se establecerá un nivel de significancia de $p < 0.05$ para rechazar la hipótesis nula.

4.9. Técnica para demostrar la verdad o falsedad de las hipótesis planteadas

Se trabajó con un nivel de significancia del 95%, teniendo en cuenta un margen de error de 5%. Donde la regla de decisión para indicar si se aceptara la hipótesis alterna o se rechazará la hipótesis nula será:

- $P < 0.05$ (5%) = Acepta la H_1
- $P > 0.05$ (5%) = Acepta la H_0

4.10. Consideraciones éticas

La presente investigación se desarrolló en conformidad con los principios éticos que rigen los estudios en seres humanos, tales como la veracidad, justicia, la beneficencia y la no maleficencia. Estos lineamientos éticos fueron fundamentales para salvaguardar los derechos, la integridad y el bienestar de los participantes, asegurando tanto la validez científica como el rigor ético del estudio. La información recopilada es auténtica y veraz y se basa en los datos registrados en historias clínicas de gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino. así mismo garantiza que los datos obtenidos no serán divulgados a terceros y se utilizaras con fines investigativos.

V. RESULTADOS

5.1. Procesamiento, análisis, interpretación y discusión de resultados

Tabla N° 2: Datos generales de las gestantes atendidas en el Hospital Regional

Guillermo Díaz de la Vega-Abancay, 2024.

		Amenaza de parto pretérmino			
		Casos		Controles	
		N	%	N	%
Edad	< = de 19 años	9	14.3	5	7.9
	De 20 a 34 años	43	68.3	48	76.2
	> = de 35 años	11	17.5	10	15.9
Ocupación	Ama de casa	40	63.5	45	71.4
	Trabaja	13	20.6	7	11.1
	Estudia	10	15.9	11	17.5
Estado civil	Soltera	9	14.3	9	14.3
	Conviviente	40	63.5	50	79.4
	Casada	14	22.2	4	6.3
Grado de instrucción	Primaria	4	6.3	12	19.0
	Secundaria	38	60.3	31	49.2
	Superior no universitario	11	17.5	9	14.3
	Superior universitario	10	15.9	11	17.5
Total		63	100.0	63	100.0

Fuente: Historia clínica - ficha de recolección de datos

Interpretación: Esta tabla N°2, detalla las características sociodemográficas de las gestantes participantes en el estudio, divididas en el grupo de "casos" (con amenaza de parto pretérmino) y "controles". Se observa que la mayoría de las gestantes en ambos grupos tienen entre 20 y 34 años, siendo este el grupo de edad más frecuente (68.3% en casos y 76.2% en controles). En cuanto a la ocupación, "Ama de casa" es la categoría predominante para ambos grupos

(63.5% en casos y 71.4% en controles). El estado civil "Conviviente" representa la mayor proporción, especialmente en el grupo control (79.4%) y también es significativo en los casos (63.5%). Respecto al grado de instrucción, la "Secundaria" es el nivel más común para ambos (60.3% en casos y 49.2% en controles).

Tabla N° 3: Datos obstétricos de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega-Abancay,2024.

		Amenaza de parto pretérmino			
		Casos		Controles	
		N	%	N	%
Paridad	Nulípara	21	33.3	22	34.9
	Primípara	22	34.9	24	38.1
	Múltipara	20	31.7	16	25.4
	Gran múltipara	0	0.0	1	1.6
Numero de atenciones prenatales	< de 6 atenciones	25	39.7	8	12.7
	>= de 6 atenciones	38	60.3	55	87.3
Edad gestacional	< de 28 semanas	6	9.5	0	0.0
	De 28 – 31 semanas	14	22.2	0	0.0
	De 32 – 33 semanas	16	25.4	0	0.0
	De 34 - 36 semanas	27	42.9	0	0.0
	>= de 37 semanas	0	0.0	63	100.0
	Total	63	100.0	63	100.0

Fuente: Historia clínica - ficha de recolección de datos

Interpretación: La tabla N° 3, muestra los datos obstétricos de las gestantes. La paridad se distribuye de manera similar entre "Nulípara", "Primípara" y "Múltipara" en el grupo de casos (33.3%, 34.9%, 31.7% respectivamente), mientras que, en los controles, la "Primípara" es ligeramente más frecuente (38.1%). Un hallazgo relevante es la diferencia en el número de atenciones prenatales: una mayor

proporción de casos (39.7%) tuvo menos de 6 atenciones prenatales en comparación con los controles (12.7%). En contraste, el 87.3% de los controles tuvieron 6 o más controles, frente al 60.3% de los casos. En relación con la edad gestacional, la mayor proporción de casos (42.9%) se concentró entre las 34 y 36 semanas, seguido por un 25.4% entre las 32 y 33 semanas, un 22.2% entre las 28 y 31 semanas, y un 9.5% con menos de 28 semanas. Esta distribución indica que la amenaza de parto pretérmino se presentó con mayor frecuencia en etapas gestacionales de 34 a 36 semanas de gestación. Por otro lado, el 100% de las gestantes en el grupo de control alcanzaron las 37 semanas o más, lo que valida la correcta clasificación entre casos y controles en el estudio.

Tabla N° 4: Frecuencia de infección del tracto urinario en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega-Abancay,2024.

			Amenaza de parto pretérmino			
			Casos		Controles	
			N	%	N	%
Infección de tracto urinario	Sí		40	63.5	3	4.8
	No		23	36.5	60	95.2
Total			63	100.0	63	100.0

Fuente: Historia clínica - ficha de recolección de datos

Interpretación: Esta tabla N°4, es crucial porque muestra la presencia de infección del tracto urinario en ambos grupos. Se destaca que una abrumadora mayoría de las gestantes con amenaza de parto pretérmino (casos) presentaron infección de tracto urinario (63.5%), mientras que solo un 4.8% de las gestantes del grupo control tuvieron infección de tracto urinario. Esta diferencia sugiere una fuerte asociación entre la infección de tracto urinario y la amenaza de parto pretérmino.

Tabla N° 5: Tipo de infección del tracto urinario en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega-Abancay,2024.

		Infección del tracto urinario	
		N	%
Bacteriuria asintomática	Sí	27	62.8
	No	16	37.2
Cistitis	Sí	11	25.6
	No	32	74.4
Pielonefritis	Sí	5	11.6
	No	38	88.4
Total		43	100.0

Fuente: Historia clínica - ficha de recolección de datos

Interpretación: La tabla N°5, desglosa los tipos específicos de infección del tracto urinario en la población estudiada. La bacteriuria asintomática fue el tipo más frecuente, representando el 62.8% de los casos, lo que indica que la mayoría de las infecciones no presentaba síntomas clínicos evidentes. La cistitis se presentó en el 25.6%, siendo menos común que la bacteriuria asintomática, mientras que la pielonefritis, la forma más grave de infección urinaria, representó el 11.6%, correspondiendo al menor porcentaje de la muestra. En conjunto, estos resultados muestran que las infecciones del tracto urinario fueron mayormente asintomáticas, con una proporción menor de casos sintomáticos o complicados, lo que resalta la importancia de la detección temprana y el seguimiento adecuado para evitar complicaciones.

Tabla N° 6: Microorganismo predominante en la infección del tracto urinario en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega-Abancay,2024.

		Infección del tracto urinario	
		N	%
Escherichia coli	Sí	35	81.4
	No	8	18.6
Klebsiella	Sí	5	11.6
	No	38	88.4
Proteus	Sí	2	4.7
	No	41	95.4
Otros	Sí	1	2.3
	No	42	97.7
Total		43	100.0

Fuente: Historia clínica - ficha de recolección de datos

Interpretación: Esta tabla N°6, identifica los microorganismos más comunes responsables de las infecciones de tracto urinario. Se observa que Escherichia coli fue el agente predominante, representando el 81.4% de los casos, lo que indica que la gran mayoría de las infecciones estuvo asociada a esta bacteria. Klebsiella se encontró en el 11.6% de los casos, Proteus en el 4.7% y otros microorganismos en el 2.3%, correspondiendo todos ellos a porcentajes significativamente menores. Estos resultados evidencian que Escherichia coli es el agente etiológico que predomina en las infecciones del tracto urinario, mientras que las demás bacterias tienen una presencia mucho más limitada.

Tabla N° 7: Síntomas de las infecciones del tracto urinario en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega-Abancay,2024.

		Infección del tracto urinario	
		N	%
Disuria	Sí	14	32.6
	No	29	67.4
Urgencia miccional	Sí	9	20.9
	No	34	79.1
Dolor lumbar	Sí	22	51.2
	No	21	48.8
Total		43	100.0

Fuente: Historia clínica - ficha de recolección de datos

Interpretación: La tabla N°7, describe la frecuencia de los síntomas asociados a la infección de tracto urinario. Se observa que el dolor lumbar se presentó con mayor porcentaje (51.2%). La disuria (32.6%) y la urgencia miccional (20.9%). En conjunto, los datos sugieren que, aunque la disuria y la urgencia miccional son síntomas característicos de la infección del tracto urinario, el dolor lumbar es el síntoma más frecuente entre estas gestantes, lo que puede orientar la evaluación clínica y la intervención temprana.

Tabla N° 8: Signos y síntomas de amenaza de parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega-Abancay,2024.

		Amenaza de parto pretérmino	
		N	%
Dinámica uterina	Sí	62	98.4
	No	1	1.6
Cambios cervicales	Sí	19	30.2
	No	44	69.8
Dolor lumbar o abdominal	Sí	51	81.0
	No	12	19.0
Total		63	100.0

Fuente: Historia clínica - ficha de recolección de datos.

Interpretación: La tabla N°8, detalla la frecuencia de los signos y síntomas observados en las gestantes con amenaza de parto pretérmino. La dinámica uterina (contracciones) fue el signo o síntoma más frecuente, presente en el 98.4% de la población total. El dolor lumbar o abdominal también fue muy común, afectando al 81.0%. Los cambios cervicales, como la dilatación o borramiento, se observaron con menor frecuencia, en el 30.2% de las gestantes.

5.2. Análisis estadístico inferencial

Prueba de hipótesis

H₀: Las infecciones del tracto urinario no tienen un efecto significativo en el desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2024.

H₁: Las infecciones del tracto urinario tienen un efecto significativo en el desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega- Abancay, 2024.

Tabla N° 9: Efecto de las infecciones del tracto urinario en el desarrollo de amenaza de parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega-Abancay,2024.

			Amenaza de parto pretérmino		Sig. Chi cuadrado	OR	IC (95%)		
			Casos	Controles			Total	Inferior	Superior
Presencia de infección de tracto urinario	Sí	N	40	3	43	< 0.000	34.78	9.789	123.596
		%	93.0%	7.0%	100.0%				
	No	N	23	60	83			Ref.	
		%	27.7%	72.3%	100.0%				
Total		N	63	63	126				
		%	50.0%	50.0%	100.0%				

Fuente: Historia clínica - ficha de recolección de datos

Interpretación: Esta tabla N°9, es central para el objetivo principal del estudio, ya que evalúa el efecto de las infecciones de tracto urinario en la amenaza de parto pretérmino. Muestra que, las gestantes con infección de tracto urinario, 93.0% presentaron amenaza de parto pretérmino, mientras que, de las gestantes sin infección de tracto urinario, 72.3% no tuvieron amenaza de parto pretérmino. El análisis estadístico mostró un valor de Chi cuadrado significativo ($p=0.000$), indicando que las infecciones del tracto urinario tienen un efecto estadísticamente significativo en el desarrollo de amenaza de parto pretérmino. El Odds Ratio (OR) de 34.78, con un intervalo de confianza al 95% (9.789 - 123.596), sugiere una asociación muy fuerte, al ser el OR mayor a uno, se explica que las gestantes con infección de tracto urinario tuvieron más probabilidades de desarrollar amenaza de parto pretérmino que aquellas sin infección de tracto urinario. Es decir, se acepta la hipótesis alterna que indica que las infecciones del tracto urinario tienen un efecto significativo en el desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega- Abancay,2024.

DISCUSION

En la presente investigación se obtuvo los siguientes resultados, que brindaron una perspectiva clara sobre el efecto de las infecciones de tracto urinario en el desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega-Abancay, 2024.

El objetivo general de la investigación fue evaluar el efecto de las infecciones del tracto urinario en el desarrollo de amenaza de parto pretérmino, donde se afirma con claridad que las infecciones del tracto urinario tienen un efecto estadísticamente significativo en el desarrollo de amenaza de parto. Esta afirmación fue respaldada mediante la prueba de Chi cuadrado, obteniéndose un valor de $p = < 0.000$, un odds ratio (OR) de 34.78 y un intervalo de confianza (IC) al 95 % entre 9.789 y 123.596. Estos resultados indican que las gestantes con infección de tracto urinario tienen 34.78 veces más riesgo de desarrollar esta complicación, en comparación con aquellas que no presentan dicha infección, respaldando así la hipótesis alterna del estudio. Este hallazgo es consistente con estudios internacionales como realizados por, Ramos K. (2024), Trujillo J. (2023), Gonzales E. (2022), Sares G. (2021), Salvatierra T. y Andrade K. (2019), quienes demostraron que las infecciones del tracto urinario tienen efecto significativo para desencadenar la amenaza de parto pretérmino. Asimismo, a nivel nacional y local, los resultados también son respaldados por investigaciones como las de Collachagua F. Gutiérrez E. (2024), Puma C. (2023), Siña K. (2023), Uriarte R. (2022), Llacsahuanga F (2022) y Sierra S. (2022), quienes, al igual que los autores internacionales, concluyeron que las infecciones del tracto urinario tienen efecto significativo para desarrollar la amenaza de parto pretérmino. Por lo tanto, estudios internacionales y nacionales respaldan el

resultado de la presente investigación. No se encontraron estudios que contradigan estos resultados.

En relación con el primer objetivo específico, se identificó que la frecuencia de infección del tracto urinario en gestantes con amenaza de parto pretérmino fue del 63.5% (casos). En cuanto a las gestantes que no presentaron amenaza de parto pretérmino, la frecuencia de infección de tracto urinario fue del 4.8% (controles). Este hallazgo es consistente con el estudio de Llacsahuanga F. (2022), quien reportó que la frecuencia de infección de tracto urinario en pacientes con amenaza de parto pretérmino fue del 67.1%, y el 22.9% de las pacientes sin amenaza de parto pretérmino presentaron infección de tracto urinario, este resultado difiere de la presente investigación, ya que en los controles solo se encontró una frecuencia del 4.8%. Por su parte Collachagua F. y Gutiérrez E. (2024) informaron una frecuencia de infección de tracto urinario del 89% en los casos y el 35.6% en los controles, lo que también difiere de los resultados obtenidos en la presente investigación. De manera similar, el estudio de Puma C. (2023), reveló que el 70.6% de las pacientes con amenaza de parto presentaron infección del tracto urinario, mientras que el 35.6% tuvo infección del tracto urinario, pero no desarrollo amenaza de parto pretérmino. Estos datos difieren de la presente investigación en cuanto al grupo control, donde solo se encontró una frecuencia de 4.8%. Finalmente, el estudio de Ramos K. (2024) reportó una frecuencia de infección del tracto urinario de 56% en gestantes con amenaza de parto pretérmino, mientras que el 44% no presentó infección, aunque igualmente desarrollo la condición, sin embargo, al no incluir un grupo control, no es posible establecer una comparación directa con los resultados de la presente investigación.

En cuanto al segundo objetivo específico, se identificó el tipo de microorganismos que predominan en las infecciones del tracto urinario en gestantes, encontrándose en primer lugar *Escherichia coli* con un 81.4 % con mayor porcentaje. *Klebsiella* (11.6%), *Proteus* (4.7%) y otros (2.3%) microorganismos que fueron significativamente menos frecuentes. Este resultado es consistente con el estudio realizado por Gonzales E. (2022), quien reportó que el microorganismo más frecuente fue *Escherichia coli* con un 86.9 %, seguido de *Klebsiella* (4.9 %), *Proteus* (3.3 %) y otros microorganismos (1.6 %). Salvatierra T. y Andrade K. (2019), también reportaron que la *Escherichia coli* es el principal microorganismo predominante de la infección de tracto urinario con un 41%. Por su parte, Uriarte R. (2022) demostró que *Escherichia coli* fue el microorganismo más frecuente en pacientes con amenaza de parto pretérmino, con un 72.7 % en los casos, mientras que en los controles también predominó, con un 24.2 %, lo cual se asemeja a los resultados obtenidos en la presente investigación. Trujillo J. (2023), reportó que el microorganismo más predominante fue la *Escherichia coli* con un 87%, seguido de *Klebsiella* (5 %), *Proteus* (3 %) y otros microorganismos (2%), lo cual también tiene similitud con los resultados obtenidos.

VI. CONCLUSIONES

En cuanto al objetivo general se demostró que la infección del tracto urinario tiene efecto significativo en el desarrollo de amenaza de parto pretérmino obteniéndose un valor de significancia de $p = <0.000$, un odds ratio (OR) de 34.78 y un intervalo de confianza (IC) al 95 % entre 9.789 y 123.596. Lo cual nos indica que las infecciones del tracto urinario tienen efecto estadísticamente significativo en la amenaza de parto pretérmino.

En relación con el primer objetivo específico, se identificó que la frecuencia de infección del tracto urinario en gestantes con amenaza de parto pretérmino fue del 63.5%, mientras que en las gestantes sin amenaza de parto pretérmino (grupo control) la frecuencia fue de solo 4.8%. Estos hallazgos evidencian una que la presencia de infección de tracto urinario tiene efecto estadísticamente significativo en desarrollar amenaza de parto pretérmino, lo que sugiere que las gestantes con infección de tracto urinario tienen un riesgo considerablemente mayor de presentar esta complicación en comparación con aquellas sin infección de tracto urinario.

En cuanto al segundo objetivo específico, se identificó que *Escherichia coli* es el microorganismo predominante en las infecciones del tracto urinario, representando el 81.4% de los casos. Otros microorganismos como *Klebsiella*, *Proteus* y otros agentes estuvieron presentes en porcentajes significativamente menores (11.6%, 4.7% y 2.3%, respectivamente). Estos hallazgos confirman que la mayoría de las infecciones urinarias en la muestra estudiada se asocia a *Escherichia coli*, lo que es consistente con la evidencia científica sobre la etiología más frecuente de estas infecciones.

VII. RECOMENDACIONES

Con base en los resultados obtenidos y las conclusiones derivadas del presente estudio, se plantean las siguientes recomendaciones:

- Incluir el urocultivo como examen obligatorio en la primera atención prenatal.

Asegurar que todas las gestantes se realicen un urocultivo de rutina, para identificar el agente etiológico y seleccionar el tratamiento antibiótico adecuado.

- Capacitar al personal de salud sobre la relación entre infección del tracto urinario y amenaza de parto pretérmino.

Brindar información actualizada al personal obstétrico sobre la asociación entre infección de tracto urinario y amenaza de parto pretérmino, para reforzar el manejo precoz y oportuno desde la primera atención.

- Asegurar el tratamiento oportuno y completo de la infección de tracto urinario durante el embarazo.

Iniciar tratamiento antibiótico adecuado de forma inmediata tras el diagnóstico, según sensibilidad antimicrobiana, y asegurar el cumplimiento completo del esquema terapéutico, con control posterior para verificar la erradicación de la infección.

- Reforzar la educación preventiva durante las atenciones prenatales.

Incluir en las sesiones educativas información específica sobre la importancia de la prevención de infección del tracto urinario durante el embarazo, como medidas de higiene personal, correcta hidratación y

hábitos miccionales adecuados, con lenguaje accesible para las gestantes.

- Promover investigaciones futuras

Se recomienda realizar investigaciones con mayor tamaño muestral para confirmar estos hallazgos y considerar otros aspectos asociados a la amenaza de parto pretérmino.

VIII. BIBLIOGRAFIA

1. Parto pretérmino. Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y obstetricia. [internet] 2020 [citado 5 de febrero de 2025]; 63:283-321. Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-Parto_pretermino_2020.pdf
2. Sung Hwang H, et al. Practice patterns in the management of threatened preterm labor in korea: A multicenter retrospective study. Obstet Gynecol Sci Pudmed [internet] 2015 [citado 5 de febrero de 2025]; 58(3):203-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26023669/>
3. Juan Wang X, et al. Mental health, sleep quality, and hormonal circadian rhythms in pregnant women with threatened preterm labor: a prospective observational study, BMC Pregnancy and childbirth. [internet] 2023 [citado 5 de mayo de 2025]; 23(501). Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-023-05801-4>
4. Organización Panamericana de Salud. Prematuridad. informe de un grupo de científicos de la OPS, OMS [internet]. OPS 2023 [citado 5 enero de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/15-6-2023-152-millones-bebes-nacieron-prematuramente-ultima-decada>
5. Rahmawati Y, Wihastuti T, A, Hriyanti T, Raharjo B. Intrauterine infections and preterm Birth: Literature Review. South Eastern European Journal of Public Health [internet] 2024 [citado 5 de enero 2025]; 674- 680. Disponible en: <https://doi.org/10.70135/seejph.vi.2039>
6. De León JV, Sánchez AD, Rangel JL, Pérez A, Olvera JN. Factores de riesgo asociado a parto pretérmino del servicio de obstetricia en Latinoamérica.

- Ciencia latina revista científica multidisciplinar [Internet] 2023 [citado de 5 de enero 2025]; 7(5), 5897- 5911. Disponible en: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i5.8187
7. Secretaría de Salud. Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento del trabajo de parto prematuro [Internet]. El Salvador: Secretaría de Salud; 2022 [citado de 5 de enero 2025]; 98. Disponible en: file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/GUIA_DE_PRACTICA_CLINICA_PARA_LA_PREVENCION_DIAGNOSTICO_Y_TRATAMIENTO_DEL_TRABAJO_DE_PARTO_PREMATURO_NOV_2022.pdf
 8. Guevara E. La prematuridad: un problema de salud pública. Revista Peruana de investigación Materno perinatal. [internet] 2023 [citado de 5 de enero 2025]; 12(1):7-8. Disponible en: <https://doi.org/10.33421/inmp.2023334>
 9. Ministerio de salud. Desarrollo infantil temprano. Gob. pe. [internet] 2023 [citado de 5 de enero 2025]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6390044/5601773-desarrollo-infantil-temprano-en-ninas-y-ninos-menores-de-6-anos-de-edad-endes-2023.pdf?v=1716479257>
 10. Ministerio de salud. sistema de registro de certificado de nacido vivo en línea, Gob.pe. [internet] 2024 [citado de 5 de enero 2025]. Disponible en: <https://intranet.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2025-03-11/ppt-mclcp-balance-smn-2024v3.pdf>
 11. Ministerio de salud. Datos estadísticos de prematuridad: CNV. [internet] 2022 [citado de 5 de enero 2025]. Disponible en: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2022-11-16/ppt-cdc-minsa-jeannette-avila-15112022.pdf>

12. Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega. Documento de gestión [internet]2025 [citado de 5 de septiembre 2025]. Disponible en: https://hrgdv.gob.pe/assets/uploads/2025/07/doc_dir_250_1752859519.pdf
13. Iza LL, Bustillos ME. Amenaza de parto prematuro predicción prevención y manejo. RECIMUNDO [internet]2022 [citado de 5 de enero 2025]:6(3):393-408. Disponible en: [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(3\).junio.2022.393-408](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(3).junio.2022.393-408)
14. Walani SR. Global burden of preterm birth. Gynecology & Obstetrics. [internet]2020 [citado de 5 de enero 2025] Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.13195>
15. Organización mundial de salud. Parto prematuro. Informe de un grupo de científicos de la OMS [internet]. OMS: 2023 [citado de 7 de febrero 2025] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
16. Ramos F. Amenaza de parto pretérmino y su relación con la infección del tracto urinario en el servicio de ginecología del hospital de sud.2023. [tesis para título profesional en internet] Bolivia: Universidad de Aquino de Bolivia;2024 [citado 5 de febrero de 2025];45p. Disponible en: https://virtual.udabol.edu.bo/carpetaverde/general/modulos/banco_thesis
17. Trujillo MI. Caracterización sociodemográfica y clínica de amenaza de parto pretérmino asociada a infecciones de vías urinarias en el hospital México de sacaba. [tesis para título profesional en internet] Bolivia: Universidad de Aquino de Bolivia;2023[citado 5 de febrero de 2025];66p. Disponible en: https://virtual.udabol.edu.bo/carpetaverde/general/modulos/banco_thesis

18. Gonzales EJ. Amenaza de parto pretérmino asociada a infección de vías urinarias en el centro de salud materno infantil Venus de Valdivia, Santa Elena, 2021 [tesis para título profesional en internet] Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2022[citado 5 de febrero de 2025];73p. Disponible en: <https://repositorio.puce.edu.ec/items/68289868-48e3-4312-9ba4-cb3af4cddbd0>
19. Sares GA. Infección de tracto genitourinario como factor de riesgo en la amenaza de parto pretérmino. [tesis para título profesional en internet] Ecuador: Universidad Académica Salud y Bienestar; 2021[citado 5 de febrero de 2025];43p. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/home>
20. Salvatierra TL, Andrade KR. Infección de vías urinarias asociada a amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en el hospital general de Icaza, Babahoyo-los ríos, mayo-septiembre 2019. [tesis para título profesional en internet] Ecuador: Universidad Técnica de Babahoyo;2019 [citado 5 de febrero de 2025];88p. Disponible en: <https://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/6488>
21. Collachagua FS, Gutiérrez EN. Asociación de infección urinaria y amenaza de parto pretérmino en gestantes del Hospital Félix Mayorca Soto, Tarma. [tesis para título profesional en internet] Huancayo: Universidad continental;2024 [citado 10 de febrero de 2025];64p. Disponible en: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/16903/4/IV_FCS_502_TE_Collachagua_Gutierrez_2025.pdf
22. Puma CA. Infección del tracto urinario como factor asociado a amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el hospital Base III Juliaca- Es salud. [tesis para título profesional en internet] Juliaca: Universidad continental; 2023 [citado 10 de febrero de 2025];78p. Disponible en:

https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/16487/8/IV_FCS_502_TE_Puma_Mamani_2024.pdf

23. Siña KS. Infección del tracto urinario y su relación con la amenaza de parto pretérmino en el hospital Hipólito Unanue. [tesis para título profesional en internet] Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2023 [citado 10 de febrero de 2025];86p. Disponible en: file:///C:/Users/USUARIO/Documents/trabajo%20de%20tesis/Nueva%20carpeta/Nacional/2023_sina_estrada_ks_obstetricia.pdf
24. Uriarte RN. Infección del tracto urinario como factor de riesgo asociado a la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 Santa Gema. Yurimaguas – Loreto. [tesis para título profesional en internet] Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizan; 2022 [citado 10 de febrero de 2025];92p. Disponible en: <https://repositorio.unheval.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/41cc48cd-76ff-46b7-8d76-b2216f55c0d7/content>
25. Llacsahuanga FT. Infección urinaria como factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino en gestantes del hospital de Chulucanas II-1, 2022 [tesis para título profesional en internet] Piura: Universidad Cesar Vallejo;2022 [citado 10 de febrero de 2025];43p. Disponible en: file:///C:/Users/USUARIO/Documents/trabajo%20de%20tesis/Nueva%20carpeta/Nacional/Llacsahuanga_CFT-SD.pdf
26. Sierra SS. “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital Guillermo Diaz de la Vega Abancay periodo 2021-2022 [tesis para título profesional en internet] Abancay: Universidad Alas Peruanas;2022 [citado 10 de febrero de 2025];63p. Disponible en:

[https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/20.500.12990/13740/Te
sis factores riesgo asociados parto pre%20t%c3%a9rmino pacientes aten
didas hospital Guillermo%20D%c3%adaz%20de%20la%20Vega Abancay.p
df?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/20.500.12990/13740/Te%20sis%20factores%20riesgo%20asociados%20parto%20pre%20t%20c%20a%20rmino%20pacientes%20atendidas%20hospital%20Guillermo%20D%20c%20adaz%20de%20la%20Vega%20Abancay.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

27. García MJ. Et al. Systemic inflammatory response syndrome: incidence and influence on outcome in acute myocardial infarction treated with primary angioplasty. Medicina intensiva. [Internet] 2007 [citado 16 de febrero de 2025];31 (6):286-93. Disponible en doi: [10.1016/S0210-5691\(07\)74828-3](https://doi.org/10.1016/S0210-5691(07)74828-3)
28. Chakraborty RK, Bracken Burns B. Systemic Inflammatory Response Syndrome. StatPearls [Internet] 2023 [citado 17 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547669/>
29. Habelrih T. Et al. Inflammatory mechanisms of preterm labor and emerging anti-inflammatory interventions. Elsevier. [Internet] 2024 [citado 17 de febrero de 2025]; 78:50-60. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cytogfr.2024.07.007>
30. Pantea M. Et al. Predictive Role of Maternal Laboratory Parameters and Inflammatory Scores in Determining Systemic Inflammatory Response Syndrome in Newborns at Birth. Journal of Personalized Medicine. [Internet] 2024 [citado 18 de febrero de 2025];14(7):672. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jpm14070672>
31. Molina S, Franco RV, Torres N. Síndrome de respuesta inflamatoria fetal fisiopatología, desenlaces y estudio ecográfico prenatal. Ginecol. Obstet. Mex. Scielo. [Internet] 2022 [citado 18 de febrero de 2025];90(8):664-681. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/gom.v90i8.7817>.
32. Rodríguez, F. et al. Rising Trends of Urinary Infections Among Pregnant Women: Insights from a Portuguese Hospital (2018-2022). Bacteria [internet].

- 2025 [citado 20 de febrero de 2025];4(1),10. Disponible en:
<https://doi.org/10.3390/bacteria4010010>
33. Agustín EI, et al. Caracterización epidemiológica de las infecciones vulvovaginales. Revista Ciencia Multidisciplinaria CUNORI [internet]. 2023 [citado 22 de febrero de 2025];7(1):175-86. Disponible en:
[https://revistacunori.com/index.php/cunori/article/view/217\(32\)](https://revistacunori.com/index.php/cunori/article/view/217(32))
34. Fontan IM, Bravo-Ferrer JM, López M. Protocolo infecciones del tracto urinario en el embarazo. SAGO. [internet]. 2023 [citado 22 de febrero de 2025] Disponible en: <https://sagoandalucia.com/docs/guias/Perinatal/itu.pdf>
35. Moca. Ascending infection of gestation. Center for Academic Research training in Anthropogeny. Carta [internet]. 2025 [citado 22 de febrero de 2025]; 12(51): 3020-3030 Disponible en:
<https://carta.anthropogeny.org/moca/topics/ascending-infection-gestation>
36. Lembo Ch, Buonocore G, Perrone S. Oxidative Stress in Preterm Newborns. Antioxidantes (basel) Pudmed. [internet]. 2021 [citado 27 de febrero de 2025]; 10(11): 1672 Disponible en doi: [10.3390/antiox10111672](https://doi.org/10.3390/antiox10111672)
37. Cannavo L, Rulli I, Falsaperla R, Corsello G, Gitto E. Ventilation oxidative stress and risk of brain injury in preterm newborn. Ital J Pediatr. [internet]. 2020 [citado 27 de febrero de 2025]; 13(7): 145 Disponible en doi: <https://doi.org/10.1186/s13052-020-00852-1>
38. Martini S, et al. Antenatal and Postnatal Sequelae of Oxidative Stress in Preterm. Infants: A Narrative Review Targeting Pathophysiological Mechanisms. Antioxidants (Basel) Pudmed [internet]. 2023 [citado 27 de febrero de 2025]; 12(2): 422 Disponible en doi: [10.3390/antiox12020422](https://doi.org/10.3390/antiox12020422)

39. Stephanie M, et al. Urinary oxidative stress biomarkers are associated with preterm birth: an Environmental Influences on child Health Outcomes program Study. American Journal of Obstetrics Gynecology. [internet]. 2023 [citado 27 de febrero de 2025]; 228(5): 576-576. Disponible en: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(22\)02170-6/abstract](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(22)02170-6/abstract)
40. Giacomo A, et al. Endothelial dysfunction in preterm infants: The hidden legacy of uteroplacental pathologies. Frontiers in pediatrics. [internet]. 2022 [citado 27 de febrero de 2025] Disponible en doi: <https://doi.org/10.3389/fped.2022.1041919>
41. Zambrano ML, Vallejo AP, Diaz F, Guijarro GP. Impacto del microbioma vaginal en salud ginecológica como influye en enfermedades comunes y en el embarazo. Cienc.Educ. (Holguín). [internet]. 2024 [citado 27 de febrero de 2025]; 5(11):163-171. Disponible en: <https://doi.org/10.5281/zenodo.14207344>.
42. Bayar E, Bennett P, Chan D, Sykes L, MacIntyre D. The pregnancy microbiome and preterm birth. Semin Immunopathol. pubmed [internet]. 2020 [citado 27 de febrero de 2025]; 42(4):487-499. Disponible en doi: [10.1007/s00281-020-00817-w](https://doi.org/10.1007/s00281-020-00817-w)
43. Ovalle A, Ovarzun E. Microbiota and vaginal immunological profile of pregnant women prone to premature birth due to ascending bacterial infection. Narrative review. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. [internet]. 2024 [citado 27 de febrero de 2025]; 89(3):164-181. Disponible en doi: [10.24875/RECHOG.23000039](https://doi.org/10.24875/RECHOG.23000039).
44. Diane V, et al. Vaginal dysbiosis and the potential of vaginal microbiome-directed therapeutics. Front microbiomes [internet]. 2024 [citado 27 de febrero

de 2025]; 89(3):164-181. Disponible en:
<https://doi.org/10.3389/frmbi.2024.1363089>.

45. Márquez AA, Mariscal BE, González AM, Valbuena E. Cambios en el microbiota durante el embarazo revisión narrativa. Ginecol. Obstet mex. [internet]. 2023 [citado 28 de febrero de 2025]; 91(7):499-515. Disponible en:
<https://doi.org/10.24245/gom.v91i7.8684>
46. Ministerio de salud hospital cayetano Heredia [internet]. Lima: Minsa (2020). Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de infección del tracto urinario en adultos. 31 diciembre del 2020 [citado 01 de marzo de 2025]. Disponible en:
https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wpcontent/uploads/resoluciones/2021/RD/RD_350-2020-HCH-DG.pdf
47. Carvajal A. Manual de obstetricia y ginecología XIV Edición- 2023 [internet] XIV. Chile; 2023 [citado 01 de marzo de 2025]; 780p. Disponible en:
https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2023/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2023-FINAL_compressed.pdf
48. Salari N, et al. Global prevalence of urinary tract infection in pregnant mothers: a systematic review and meta-analysis. public Health Elsevier [internet] 2024 [citado 01 de marzo de 2025]; 224:58-65. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.08.016>
49. Peñaloza DJ, López CV, Mina JB. Anemia ferropénica e infecciones urinarias en embarazadas. MQR investigar [internet] 2023 [citado 01 de marzo de 2025]; 7(1):1305-23. Disponible en:
<https://www.investigarmqr.com/ojs/index.php/mqr/article/view/215>

50. Mera LD, Mejía LA, Cajas SM, Guarderas SJ. Prevalencia y factores de riesgo de infección del tracto urinario en embarazadas. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc. pudmed [internet] 2023 [citado 01 de marzo de 2025];4;61(5): 590-596. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10599784/>
51. Borja MA, Campos IM, Ramos CP. Factores de riesgo social relacionados con las infecciones de vías urinarias en mujeres embarazadas, Monteria-Colombia. Enferm Glob. Scielo [internet] 2023 [citado 01 de marzo de 2025];22(72): 250-271. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.562711>
52. Rodríguez DH, Zambrano KG, Vergara VA, Cedeño KN. Infecciones de tracto urinario y complicaciones en mujeres en estado de gestación. Polo del conocimiento. Dialnet [internet] 2023 [citado 01 de marzo de 2025]; 8(3): 2193-2208. Disponible en doi: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/DialnetInfeccionesDelTractoUrinarioYComplicacionesEnMujer-9292079.pdf>
53. Duran L. Resistencia antimicrobiana e implicancias para el manejo de infecciones del tracto urinario. Revista médica clínica los condes. [internet] 2018 [citado el 01 de marzo 2025]; 29(2):213-221. Disponible en: <10.1016/j.rmclc.2018.01.002>
54. Habak PJ, Carlson K, Griggs, Jr RP. Urinary Tract Infection in Pregnancy. Statpearls [internet]. 2024 [citado 01 marzo 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537047/>
55. Yveline A, Begoña W. Urinary tract infections in pregnancy. Clin microbiol infect. Pudmed [internet]. 2023 [citado 01 marzo 2025];29(10):1249-1253. Disponible en doi: <10.1016/j.cmi.2022.08.015>

56. Cobas L, Navarro YE, Mezquia de Pedro N. Gestantes con Infección urinaria pertenecientes a un área de salud del municipio Guanabacoa, la Habana. Rev. Med. Electron. [internet]. 2021 [citado 01 marzo 2025];43(1):2748-2758. Disponible en doi: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242021000102748&lng=es.%20%20Epub%2028-Feb-2021
57. Briones SK, Parrales AE, Suarez DK, Vera LV. Factores de riesgo por cistitis aguda en mujeres embarazadas. Revista científica mundo de la investigación y el conocimiento. Dialnet [internet]. 2021 [citado 01 marzo 2025];3(3):1401-14014. Disponible en doi: [10.26820/recimundo/3.\(3\).septiembre.2019.1401-1414](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(3).septiembre.2019.1401-1414)
58. Instituto Materno Perinatal, et al. Guía práctica clínica y procedimientos en obstetricia y perinatología. Lima-Perú. Minsa. Instituto materno perinatal. [internet] 2023. [citado 02 marzo 2025]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5116461/Gu%C3%ADas%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20y%20de%20Procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatolog%C3%ADa%202023.pdf>
59. Diaz GA, Cruz JA, Castro AA, Pasos AM. Caracterización de infecciones en vías urinarias en gestantes. Dominio de las ciencias. [internet] 2023. [citado 02 marzo 2025]; 9(2): 2250-2264. Disponible en doi: <https://doi.org/10.23857/dc.v9i3.3401>
60. Dr. López P. Infección de vías urinarias en mujeres gestantes. Revista Médica sinergia. [internet] 2021. [citado 02 marzo 2025]. Disponible en: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/DialnetInfeccionDeViasUrinariasEnMujeresGestantes-8868061>

61. Acog. Urinary Tract Infections in Pregnant Individuals. Obstetrics & Gynecology. [internet] 2023. [citado 02 marzo 2025]; 142(2):435- 445. Disponible en: https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2023/08000/urinary_tract_infections_in_pregnant_individuals.26.aspx
62. Storme O, Tiran J, Garcia A, Dehesa M, Naber KG. Risk factors and predisposing conditions for urinary tract infection. Ther Adv Urol. Pubmed. [internet] 2019. [citado 02 marzo 2025]. Disponible en: [10.1177/1756287218814382](https://doi.org/10.1177/1756287218814382)
63. Centro de medicina fetal y neonatal de Barcelona. Protocolo: infección vías urinarias y gestación. [internet] 2024. [citado 02 marzo 2025]. Disponible en: <https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/infecciones-urinarias-y-gestacion.pdf>
64. Pilatasig EA, Perez EJ. Infecciones del tracto urinario en pacientes gestantes. Pentaciencias [internet] 2023. [citado 02 marzo 2025]. Disponible en doi: <https://doi.org/10.59169/pentaciencias.v5i4.698>
65. Espitia De la Hoz EJ. Infección de las vías urinarias en el embarazo. Revista avances en salud [internet] 2020. [citado 20 marzo 2025];4(2):40.53. Disponible en doi: <https://doi.org/10.21897/25394622.2478>
66. Temesgen G, Ayenew N, Getenet D, Agimasie T. Prevalence of urinary tract infection and its associated factors among pregnant women in Ethiopia: A systematic review and meta. Analysis. BioMed Research International [internet] 2021. [citado 20 marzo 2025] Disponible en Doi: <https://doi.org/10.1155/2021/6551526>

67. Gallego J. Cortes D. Trabajo de parto pretérmino y amenaza de parto pretérmino. Obstetricia integral siglo XXI. [internet] 2019. [citado 20 marzo 2025] Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/76135/9789584476180.%2006.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
68. Espinoza J. Fisiopatología del síndrome de parto pretérmino. Rev Peru Ginecol Obstet. [internet] 2015. [citado 20 marzo 2025];54(1):15-21. Disponible en: <http://51.222.106.123/index.php/RPGO/article/view/1064>
69. Talali AN, Hackney DN, Mesiano S. pathophysiology of preterm labor with intact membranes. Semin perinatal. [internet] 2017. [citado 20 marzo 2025];41(7):420-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2017.07.013>
70. Green ES, Arck PC. Pathogenesis of preterm birth: bidirectional inflammation in mother and fetus. Semin immunopathol. pubmed [internet] 2020. [citado 20 marzo 2025];42(4):413-29. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7508962/>
71. Montero A, Ferrer R, Paz, Perez M, Dias FY. Riesgos maternos asociados a la prematuridad. Multimed [internet] 2019. [citado 20 marzo 2025];23(5):1155-1173. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102848182019000501155&lng=es.
72. Rodríguez GJ. Factores maternos asociados a amenaza de parto pretérmino. Hospital II-E simón Bolívar. Cajamarca, 2022-2023. [tesis para título profesional en internet] Cajamarca: Universidad continental; 2024 [citado 20 de abril de 2025];70p. Disponible en:

<https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/6836/TESISJOHANA%20RODR%C3%8DGUEZ%20MALAVER.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

73. Rutayisire E, Mochama M, Ntihabose CK, Utumatwishima JN, Habtu M. Factores maternos obstétricos y ginecológicos asociados con el parto prematuro en Ruanda. Hallazgo de un estudio longitudinal nacional. BCM. pregnancy childbirth [internet]. 2023 [citado 28 de marzo 2025];23(1):365, Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05653-y>
74. Ayala FD. El. Al. Factores de riesgo para parto pretérmino idiopático según prematuridad. Revista peruana de investigación materno perinatal [internet]. 2022 [citado 28 de marzo 2025];11(1):18-25. Disponible en: <https://doi.org/10.33421/inmp.2022277>
75. Ligumsky LL, Neiger R, Segal E, Cohen R, Lopian M. ¿la paridad es u factor de riesgo de parto prematuro tardío? Resultados de un estudio de cohorte amplio. Journal of clinical medicine [internet]. 2024 [citado 28 de marzo 2025];13(2):429. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jcm13020429>
76. Baer RJ, et al. Riesgo de parto prematuro en mujeres con infección del tracto urinario: estudio de cohorte retrospectivo. A retrospective cohort Study. AJP Rep. [internet]. 2021 [citado 28 de marzo 2025];11(1):5-14. Disponible en doi: [10.1055/s-0040-1721668](https://doi.org/10.1055/s-0040-1721668)
77. Leguizamon G, Smith J, Younis H, Nelson DM, Sadoysky Y. Mejora de la actividad de la ciclooxigenasa amniótica tipo 2 en mujeres con parto prematuro asociado con gemelos o polihidramnios. Am J Obstet Gynecol [internet]. 2001 [citado 28 de marzo 2025]; 184:117-22. Disponible en doi: [10.1067/mob.2001.108076](https://doi.org/10.1067/mob.2001.108076)

78. Escobar B, Gordillo LD, Martínez H. factores de riesgo asociados al parto prematuro en un hospital de segundo nivel. Rev. Med. Inst. Mex. seguro social [internet]. 2017 [citado 28 de marzo 2025];55(4):424-428. Disponible en doi: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im2017/im174d.pdf>
79. Sureshbabu P, et al. Factores de riesgo asociados con parto prematuro en embarazo único en un hospital de atención terciaria en el sur de la india: un estudio de control de casos. Rev. International Journal OF Womens Health [internet]. 2021 [citado 28 de marzo 2025]; 13:369-377. Disponible en doi: [10.2147/IJWH.S282251](https://doi.org/10.2147/IJWH.S282251)
80. Murguía F, Indacochea S, Ezequiel J. Factores de riesgo maternos asociados a parto prematuro en gestantes adolescentes atendidas en el hospital nacional dos de mayo año 2018 al 2019. Rev. peruana de investigación materno perinatal [internet]. 2021 [citado 28 de marzo 2025];10(2):35-41. Disponible en doi: <https://doi.org/10.33421/inmp.2021226>
81. Huarcaya R, Cerda M, Barja J. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en madres jóvenes atendidas en un hospital de Perú. Rev. Medisan. perinatal [internet]. 2021 [citado 28 de marzo 2025];25(2):356. Disponible en doi: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S102930192021000200346
82. Romero R, Dey SK, Fisher s. Preterm labor: one syndrome, many causes. Science [internet]. 2014 [citado 28 de marzo 2025];760-765. Disponible en doi: [10.1126/science.1251816](https://doi.org/10.1126/science.1251816)
83. Paredes G, Emmanuel C. Anemia como factor de riesgo para parto pretérmino en hospital regional de loreto. Durante el 2017 al 2019 [Tesis para optar título

- profesional en [Internet]. Perú: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2021 [citado el 01 marzo de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/7604>
84. Loverro M, Damiani G, Di Naro E, Schonauer L, Laforgia N, Loverro M, et al. Análisis de la relación entre lesiones placentarias y resultado perinatal según criterios de Ámsterdam: un estudio comparativo. *Acta Biomed* [Internet]. 2020 [citado el 28 de marzo de 2025];91(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.23750/abm.v91i3.8274>
85. Fetene G, Tesfave T, Negesse Y, Dulla D. Factores asociados con nacimiento prematuro entre madres que dieron a luz en hospitales públicos en el estado regional de Sidama, sureste de etiopia. *Rev. Plos ONE* [Internet]. 2022 [citado el 28 de marzo de 2025];17(4):1-13 Disponible en: [10.1371/journal.pone.0265594](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265594)
86. Etil T, Opio B, Odur B, Lwanga Ch, Atuhaire L. Risk factors associated with preterm birth among mothers delivered at lira regional referral hospital. *Bcm pregnancy childbirth* [Internet]. 2023 [citado el 28 de marzo de 2025]; 23:814 Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06120-4>
87. Cherres JI, Saltos LY, Villacres LR, Villacres AI. Causas de parto pretérmino y complicaciones neonatales. *RECIAMUC* [Internet]. 2023 [citado 4 de abril 2025];7(1):265-72. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1007>
88. Montero A, Ferrer R, Paz D, Pérez M, Díaz Y. Riesgos maternos asociados a la prematuridad. *Multimed* [Internet]. 2019 [citado 4 de abril 2025]; 23(5): 1155-1173. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102848182019000501155&lng=es.

89. Reddy U, et al. Serious maternal complications after early preterm delivery (24-33 weeks' gestation). American journal of obstetrics and gynecology, [Internet]. 2016 [citado 4 de Abril 2025]; 213(4): 1538-5389. Disponible en: [10.1016/j.ajog.2015.06.064](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.06.064)
90. Pacheco J. ¿Qué se conoce sobre el futuro de la madre y el niño en el parto prematuro? Rev. Perú. Ginecol. Obstet. [Internet]. 2018 [citado 4 de abril 2025]; 64(3): 423-432. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300016&lng=es. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2119>.
91. Centro de Medicina Fetal y Neonatal de Barcelona. Protocolo: Amenaza de parto pretérmino. [Internet]. 2022 [citado 5 de abril 2025]. Disponible en: https://fetalmedicinebarcelona.org/wpcontent/uploads/2024/02/amenaza_de_parto_pretermino_hcp_hsjd.pdf
92. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Practice Bulletin No. 171: Management of Preterm Labor. Obstet Gynecol. [Internet]. 2016 [citado 5 de abril 2025] ;128(4):155-64. Disponible en DOI: [10.1097/AOG.0000000000001711](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001711) (91)
93. Moreno MT, Sevilla M, Muñoz M. manejo de la gestante con riesgo de parto pretérmino. Sociedad Andaluza de Ginecología y Obstetricia. [Internet]. 2023 [citado 5 de abril 2025] Disponible en: <https://sagoandalucia.com/docs/guias/Perinatal/riesgodePartoPretermino.pdf>

94. Paucar G. parto pretérmino y amenaza de parto pretérmino. Servicio de obstetricia y ginecología [Internet]. 2014 [citado 5 de abril 2025] Disponible en: https://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2012-2013/sesion20120704.pdf
95. Ministerio de salud del Perú. Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna NTS N°405 [internet]. 2013 [citado 15 de abril 2025] Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/202170/198935_RM827_2013_MINSA.pdf20180926-32492-1iuyz6n.pdf
96. Sampieri R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. McGraw Hill [Internet]. 2019;53(9). Disponible en: <https://www.esup.edu.pe/wpcontent/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptistametodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
97. Manterola C, Otzen T. Estudios Observacionales. Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. Int. J. Morphol. [Internet]. 2014; [citado el 20 de noviembre de 2024]. 32(2):634-645. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022014000200042>
98. Arias F. El proyecto de investigación: Introducción a la metodología. Científica. 8ª ed. Caracas: Editorial Episteme; 2016.
99. Soto A, Cvetkovic-Vega A. Estudios de casos y controles. Rev Fac Med Humana [Internet]. 2020 [citado el 29 de noviembre de 2024];20(1):138–43. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i1.2555>

IX ANEXOS

a) Matriz de consistencia

EFECTO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL DESARROLLO DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA-ABANCAY,2024.							
PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIA	DISEÑO METODOLOGICO
General	General	General	Variable 1				
¿Cuál es el efecto de las infecciones del tracto urinario en el desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes del Hospital regional Guillermo Díaz de la Vega-Abancay,2024?	Evaluar el efecto de las infecciones del tracto urinario en el desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega-Abancay,2024.	H0: Las infecciones del tracto urinario no tienen un efecto significativo en el desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2024. H ₁ : Las infecciones del tracto urinario tienen un efecto significativo en el desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega- Abancay, 2024.	Infección del tracto urinario	Presencia de infección del tracto urinario	Diagnóstico clínico de infección de tracto urinario	Si /No	Ámbito de estudio: El Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, se encuentra ubicado en el departamento de Apurímac, provincia y distrito de Abancay. Tipo y diseño: Es un estudio cuantitativo, observacional, relacional y retrospectivo de diseño analítico de casos y controles.
				Tipo de infección del tracto urinario	Bacteriuria asintomática	Si /No	
					Cistitis	Si /No	
					Pielonefritis	Si /No	
				Microorganismos predominantes	Echerichia coli	Si /No	
					Klebsiella	Si /No	
					Proteus	Si /No	
					Otros	Si /No	
				Síntomas	Disuria	Si /No	
					Urgencia miccional	Si /No	
					Dolor lumbar	Si /No	
Específico	Específico	Específico	Variable 2				



¿Cuál es la frecuencia de infecciones del tracto urinario en gestantes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega- Abancay ,2024? ¿Qué tipo de microorganismo predominan en las infecciones del tracto urinario en gestantes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega- Abancay ,2024?	Identificar la frecuencia de infecciones del tracto urinario en gestantes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega- Abancay ,2024. Identificar el tipo de microorganismo que predominan en las infecciones del tracto urinario en gestantes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega- Abancay ,2024	La frecuencia de infecciones del tracto urinario en gestantes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2024, es alta. Existe un microorganismo predominante en las infecciones del tracto urinario en gestantes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega- Abancay, 2024.	Amenaza de parto pretérmino	Presencia de amenaza de parto pretérmino	Diagnóstico clínico	Si /No	Unidad de análisis: Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega. Población de estudio: Gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino expuestas a infección de tracto urinario y no expuestas. Tamaño de muestra: Está integrada por 63 casos y 63 controles en total 126 gestantes. Técnica y recolección de datos: Técnica: Será el análisis documental donde se revisará las historias clínicas. Instrumento: Será la ficha de recolección de datos
				Edad gestacional	< de 28 semanas	Prematuros extremos	
					De 28-31 semanas	Muy prematuros	
					De 32-33 semanas	Prematuros moderados	
					De 34-36 semanas	Prematuros tardíos	
					>= de 37 semanas	A terminó	
				Signos y Síntomas	Dinámica uterina	Si /No	
					Cambios cervicales	Si /No	
					Dolor lumbar	Si /No	

Anexo 2

b) Solicitud de validación

Solicito: Validación de instrumento
mediante juicio de expertos

Señor (a):

Yo Nilda Elisa Rojas Oyola, identificado con DNI N° 73505583, de Nacionalidad Peruana, con domicilio en Jr. Los celajes, pochccota, distrito Andahuaylas, provincia de Andahuaylas del departamento de Apurímac, ante usted con el debido respeto me presento y expreso.

Que, habiendo culminado mis estudios de pre grado en la Carrera de Obstetricia, de la Escuela Profesional de Obstetricia Filial Andahuaylas, requiero validar el instrumento con el cual recolectaré la información necesaria para poder desarrollar mi investigación de tesis, y con el cual optaré al grado académico de Obstetra.

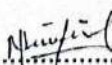
El título de mi proyecto de investigación es "EFECTO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL DESARROLLO DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA - ABANCAY, 2024", siendo imprescindible contar con la aprobación de profesionales especializados para poder aplicar el instrumento en mención, he considerado conveniente recurrir a usted ante su connotada experiencia y solicito a usted, tenga a bien emitir su opinión, en calidad de persona entendida en la materia.

El expediente de validación que le hago llegar contiene:

- Solicitud de validación.
- Operacionalización de variables.
- Matriz de consistencia.
- Formato de validez de contenido de los instrumentos
- Instrumento de recolección de datos.

Expresándole los sentimientos de respeto y consideración, me despido de usted, no sin antes agradeciéndole por la atención de la presente.

Andahuaylas 10 de abril 2025.


.....
Bach. Nilda Elisa Rojas Oyola
DNI: 73505583

Anexo 3

c) Hoja de criterios para la evaluación por jueces y expertos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABADEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TÍTULO: "EFECTO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL
DESARROLLO DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA-ABANCAY, 2024".

I. DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y nombres generales:

.....

1.2 Cargo e institución donde labora:

.....

1.3 Tipo de experto: Metodológico ☐ Especialista ☐ Estadística ☐

1.4 Nombre de instrumento: Ficha de recolección de datos

1.5 Autor del instrumento: Nilda Elsa Rojas Oyola

INFORME DE OPINIÓN DEL EXPERTO

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
1. ¿Cree usted, que los ítems mencionados del instrumento miden lo que se busca estudiar?	1	2	3	4	5
2. ¿Cree usted, que la cantidad de ítems incluidos en este instrumento son suficientes para tener un entendimiento acerca de lo estudiado?	1	2	3	4	5
3. ¿Cree usted, que los ítems plasmados en este instrumento son una muestra referencial del universo y materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos corresponde en su totalidad a las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. ¿Cree usted, que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos datos también similares?	1	2	3	4	5
6. ¿Cree usted, que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?	1	2	3	4	5
7. ¿Cree usted, que el lenguaje empleado en este instrumento es claro, conciso y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Cree usted, que la organización utilizada en el instrumento es adecuada al tipo de población a la que será aplicado?	1	2	3	4	5
9. ¿Cree usted, que el tipo de preguntas o ítems empleadas son adecuadas y apropiadas a los objetivos del presente estudio?	1	2	3	4	5

Nota: En la presente escala marque con un "X" la opción elegida, siendo el menor puntaje el 1 y el mayor puntaje el 5.

OBSERVACIONES:

.....

VALIDACIÓN: Aplica ☐ No aplica ☐

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO

d) Validación del instrumento para el juicio de expertos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABADEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TÍTULO: "EFECTO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL
DESARROLLO DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA-ABANCAY, 2024".

I. DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y nombres generales:

Silca Carbajo Karina Yasmin

1.2 Cargo e institución donde labora:

Docente universitaria - UNASAC

1.3 Tipo de experto: Metodológico ☒ Especialista ☐ Estadística ☐

1.4 Nombre de instrumento: Ficha de recolección de datos

1.5 Autor del instrumento: Nilda Elisa Rojas Oyola

INFORME DE OPINIÓN DEL EXPERTO

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
1. ¿Cree usted, que los ítems mencionados del instrumento miden lo que se busca estudiar?	1	2	3	4	5
2. ¿Cree usted, que la cantidad de ítems incluidos en este instrumento son suficientes para tener un entendimiento acerca de lo estudiado?	1	2	3	4	5
3. ¿Cree usted, que los ítems plasmados en este instrumento son una muestra referencial del universo y materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos corresponde en su totalidad a las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. ¿Cree usted, que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos datos también similares?	1	2	3	4	5
6. ¿Cree usted, que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?	1	2	3	4	5
7. ¿Cree usted, que el lenguaje empleado en este instrumento es claro, conciso y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Cree usted, que la organización utilizada en el instrumento es adecuada al tipo de población a la que será aplicado?	1	2	3	4	5
9. ¿Cree usted, que el tipo de preguntas o ítems empleadas son adecuadas y apropiadas a los objetivos del presente estudio?	1	2	3	4	5

Nota: En la presente escala marque con un "X" la opción elegida, siendo el menor puntaje el 1 y el mayor puntaje el 5.

OBSERVACIONES:

VALIDACIÓN: Aplica ☒ No aplica ☐


Karina Y. Silca Carbajo
Docente Universitaria en Salud Pública y
Comunitaria con Mención en
Salud en Salud
FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABADEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TÍTULO: "EFECTO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL
DESARROLLO DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA-ABANCAY, 2024".

I. DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y nombres generales:

Ceance Yedina Truddy

1.2 Cargo e institución donde labora:

Docente Universitaria - UUSAAC

1.3 Tipo de experto: Metodológico ☐ Especialista ☒ Estadística ☐

1.4 Nombre de instrumento: Ficha de recolección de datos

1.5 Autor del instrumento: Nilda Elisa Rojas Oyola

INFORME DE OPINIÓN DEL EXPERTO

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
1. ¿Cree usted, que los ítems mencionados del instrumento miden lo que se busca estudiar?	1	2	3	4	5
2. ¿Cree usted, que la cantidad de ítems incluidos en este instrumento son suficientes para tener un entendimiento acerca de lo estudiado?	1	2	3	4	5
3. ¿Cree usted, que los ítems plasmados en este instrumento son una muestra referencial del universo y materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos corresponde en su totalidad a las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. ¿Cree usted, que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos datos también similares?	1	2	3	4	5
6. ¿Cree usted, que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?	1	2	3	4	5
7. ¿Cree usted, que el lenguaje empleado en este instrumento es claro, conciso y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Cree usted, que la organización utilizada en el instrumento es adecuada al tipo de población a la que será aplicado?	1	2	3	4	5
9. ¿Cree usted, que el tipo de preguntas o ítems empleadas son adecuadas y apropiadas a los objetivos del presente estudio?	1	2	3	4	5

Nota: En la presente escala marque con un "X" la opción elegida, siendo el menor puntaje el 1 y el mayor puntaje el 5.

OBSERVACIONES:

VALIDACIÓN: Aplica ☒ No aplica ☐

MINISTERIO DE SALUD
Yuddy Ceance Medina
COP 11072
OBSTETRICIA

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABADEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TÍTULO: "EFECTO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL DESARROLLO DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA-ABANCAY, 2024".

I. DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y nombres generales:

Vega Mamani Silvia Z.

1.2 Cargo e institución donde labora:

Docente Universitario - UNASAC

1.3 Tipo de experto: Metodológico ☒ Especialista ☐ Estadística ☐

1.4 Nombre de instrumento: Ficha de recolección de datos

1.5 Autor del instrumento: Nilda Elisa Rojas Oyola

INFORME DE OPINIÓN DEL EXPERTO

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
1. ¿Cree usted, que los ítems mencionados del instrumento miden lo que se busca estudiar?	1	2	3	4	5 X
2. ¿Cree usted, que la cantidad de ítems incluidos en este instrumento son suficientes para tener un entendimiento acerca de lo estudiado?	1	2	3	4	5 X
3. ¿Cree usted, que los ítems plasmados en este instrumento son una muestra referencial del universo y materia de estudio?	1	2	3	4	5 X
4. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos corresponde en su totalidad a las variables de estudio?	1	2	3	4 X	5
5. ¿Cree usted, que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos datos también similares?	1	2	3	4	5 X
6. ¿Cree usted, que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?	1	2	3	4	5 X
7. ¿Cree usted, que el lenguaje empleado en este instrumento es claro, conciso y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	4 X	5
8. ¿Cree usted, que la organización utilizada en el instrumento es adecuada al tipo de población a la que será aplicado?	1	2	3	4	5 X
9. ¿Cree usted, que el tipo de preguntas o ítems empleadas son adecuadas y apropiadas a los objetivos del presente estudio?	1	2	3	4	5 X

Nota: En la presente escala marque con un "X" la opción elegida, siendo el menor puntaje el 1 y el mayor puntaje el 5.

OBSERVACIONES:

VALIDACIÓN: Aplica ☒ No aplica ☐

Silvia Z. Vega Mamani
Mg. Salud Pública y Comunitaria
RENDIM: 178 COP: 17158

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABADEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TÍTULO: "EFECTO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL
DESARROLLO DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA-ABANCAY, 2024".

I. DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y nombres generales:

Better Salazar Alexander

1.2 Cargo e institución donde labora:

Mgt. Salud pública y comunitaria con mención en gerencia en salud

1.3 Tipo de experto: Metodológico ☐ Especialista ☒ Estadística ☐

1.4 Nombre de instrumento: Ficha de recolección de datos

1.5 Autor del instrumento: Nilda Elisa Rojas Oyola

INFORME DE OPINIÓN DEL EXPERTO

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
1. ¿Cree usted, que los ítems mencionados del instrumento miden lo que se busca estudiar?	1	2	3	4	5 ☒
2. ¿Cree usted, que la cantidad de ítems incluidos en este instrumento son suficientes para tener un entendimiento acerca de lo estudiado?	1	2	3	4	5 ☒
3. ¿Cree usted, que los ítems plasmados en este instrumento son una muestra referencial del universo y materia de estudio?	1	2	3	4	5 ☒
4. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos corresponde en su totalidad a las variables de estudio?	1	2	3	4 ☒	5
5. ¿Cree usted, que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos datos también similares?	1	2	3	4 ☒	5
6. ¿Cree usted, que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?	1	2	3	4	5 ☒
7. ¿Cree usted, que el lenguaje empleado en este instrumento es claro, conciso y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	4	5 ☒
8. ¿Cree usted, que la organización utilizada en el instrumento es adecuada al tipo de población a la que será aplicado?	1	2	3	4	5 ☒
9. ¿Cree usted, que el tipo de preguntas o ítems empleadas son adecuadas y apropiadas a los objetivos del presente estudio?	1	2	3	4	5 ☒

Nota: En la presente escala marque con un "X" la opción elegida, siendo el menor puntaje el 1 y el mayor puntaje el 5.

OBSERVACIONES:.....

VALIDACIÓN: Aplica ☒ No aplica ☐

Alexander Better Salazar
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
Y COMUNITARIA CON MENCIÓN
EN GERENCIA EN SALUD
RENOVA - COP: 168 N° 438 - 2018

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO

e) Lista de expertos

- Mg. Sulca Carbajo Karina Yasmin
- Mg. Ccance Medina Saturnina Trudyy
- Mg. Vega Mamani Silvia Zoila
- Mg. Better Salazar Alexander

f) Instrumento de recolección de datos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAB DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



EFFECTO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL DESARROLLO DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA- ABANCAY ,2024.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS			
CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL “EFECTO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL DESARROLLO DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA- ABANCAY ,2024”.			
Objetivo: Obtener información para el desarrollo de la investigación.			
Recomendaciones: Marque con un aspa (X), o llene el dato que corresponda, según la información recolectada			
DATOS GENERALES DEL PACIENTE			
HCL del paciente:		Fecha de registro:	
Grupo de estudio	Casos () / Control ()		
Edad	a. ≤ de 19 años b. De 20 A 34 años c. ≥ de 35 años		
Estado civil	a. Soltera b. Conviviente c. Casada		
Ocupación	a. Ama de casa b. Trabaja c. Estudia		
Grado de instrucción	d. Primaria e. Secundaria f. Superior no universitario g. Superior universitario		
DATOS OBSTETRICOS			
Formula obstétrica			
Paridad	a. Nulípara b. Primípara		

	c. Multípara d. Gran multípara		
Numero de atenciones prenatales	a. < de 6 atenciones b. ≥ de 6 atenciones		
VARIABLE 1: INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO			
Dimensiones	Indicador	Categoría	Datos a registrar
Presencia de infección del tracto urinario	Diagnóstico clínico	SI /NO	SI () NO ()
Tipo de infección del tracto urinario	Bacteriuria asintomática	Si /No	SI () NO ()
	Cistitis	SI /NO	SI () NO ()
	Pielonefritis	SI /NO	SI () NO ()
Microorganismos causantes	Escherichia coli	SI /NO	SI () NO ()
	Klebsiella	SI /NO	SI () NO ()
	Proteus	SI /NO	SI () NO ()
	Otros	SI /N O	
Síntomas	Disuria	SI /NO	SI () NO ()
	Urgencia miccional	SI /NO	SI () NO ()
	Dolor lumbar	SI /NO	SI () NO ()
VARIABLE 2: AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO			
Dimensiones	Indicador	Categoría	Datos a registrar
Presencia de amenaza de parto pretérmino	Diagnóstico clínico	SI /NO	SI () NO ()
Edad gestacional	< de 28 semanas	Prematuros extremos	SI () NO ()
	De 28- 31 semanas	Muy prematuros	SI () NO ()
	De 32-33 semanas	Prematuros moderados	SI () NO ()
	De 34- 36 semanas	Prematuros tardíos	SI () NO ()
	>= de 37 semanas	A terminó	SI () NO ()
Signos y Síntomas	Dinámica uterina	SI /NO	SI () NO ()
	Cambios cervicales	SI /NO	SI () NO ()
	Dolor lumbar	SI /NO	SI () NO ()

g) Otros

Solicitud para el acceso a historias clínicas del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega-Abancay.



"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



SOLICITO: ACCESO A LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS DE GESTANTES CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO DEL AÑO 2024.

SR: JOEL BERNARDO PIMENTEL MARÍN, DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA- ABANCAY

C/A: ESTADISTICA E INFORMATICA.

Yo, NILDA ELISA ROJAS OYOLA, Bachiller de la **UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO - FILIAL ANDAHUAYLAS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**, identificada con DNI N° 73505583 con domicilio Jr. Los Celajes S/N- Pochccota, provincia de Andahuaylas y departamento Apurímac, en calidad de egresado de facultad de ciencias de la salud, ante usted, me presento con el debido respeto y expongo.

Que, habiendo egresado de la facultad de ciencias de la salud de Obstetricia y siendo requisito indispensable la realización de mi tesis para optar el grado de Obstetra, solicito a usted el acceso a historias clínicas del departamento de obstetricia para aplicar el instrumento de mi investigación de mi tesis titulada: **"EFECTO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL DESARROLLO DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA - ABANCAY, 2024"**, la cual se desarrollará en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega la institución que usted tan dignamente dirige.

Por lo expuesto: Ruego UD. Señor director acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Abancay, 24 de abril del 2025.

Atentamente:

NILDA ELISA ROJAS OYOLA

DNI N°: 73505583

Constancia por recolección de información del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega-Abancay.



GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC
Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega



UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

CONSTANCIA

EL QUE SUSCRIBE DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL
GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA

HACE CONSTAR:

Que, la Bachiller en Obstetricia *Nilda Elisa Rojas Oyola*, identificada con DNI N°73505583 egresada de la *Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco-Filial Andahuaylas*, ha recolectado datos desde el día 29/04/2025 hasta 03-05-2025 del servicio de estadística para desarrollar su trabajo de Investigación titulado:

"EFECTO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL DESARROLLO DE AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA-ABANCAY, 2024"

Tal como constan los documentos de recolección de datos registrados en los archivos de la Unidad de Investigación del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay.

Por lo tanto, se le expide la presente constancia de recolección de datos, a solicitud de la parte interesada para los fines que estime conveniente.

Abancay, 11 de junio del 2025

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA
Dr. César H. Pimentel Marm
RESPONSABLE A.I.U. INVESTIGACIÓN

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA
Dlgo. Aquiles Cárdenas Gutiérrez
C.B.P. N° 12345
RESPONSABLE A.I.U. INVESTIGACIÓN

Evidencias fotográficas

