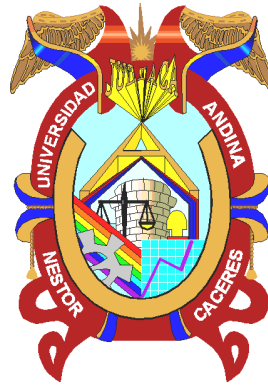




UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO Y RECIÉN
NACIDO RELACIONADO A INFECCIONES DEL
TRACTO URINARIO EN EL CENTRO DE SALUD
ESTRATÉGICO DE PUTINA – 2023**

TESIS PRESENTADA POR:
Bach. GANDHY KELY MAMANI SANCHEZ

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
OBSTETRA

JULIACA – PERÚ
2024



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO Y RECIÉN
NACIDO RELACIONADO A INFECCIONES DEL
TRACTO URINARIO EN EL CENTRO DE SALUD
ESTRATÉGICO DE PUTINA – 2023**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. GANDHY KELY MAMANI SANCHEZ

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

OBSTETRA

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE

:


Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA

PRIMER MIEMBRO

:


Dra. SONIA BENITA FERNÁNDEZ TAPIA

SEGUNDO MIEMBRO

:


Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

ASESOR DE TESIS

:


Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

:

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - P06

**RESOLUCIÓN DECANAL N°1451-2024-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 06 de noviembre del 2024

Vistos: El Expediente N° 2024-CU 16062 el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO Y RECIÉN NACIDO RELACIONADO A INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL CENTRO DE SALUD ESTRATÉGICO DE PUTINA – 2023**
CONSIDERANDO:

Que, es necesario dar cumplimiento a la Ley 30220, al Estatuto Universitario y al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad y de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la fijación de fecha y hora para la sustentación de tesis.

En uso de las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y, estando al informe de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad

SE RESUELVE

PRIMERO: Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de **OBSTETRA** del (la) bachiller) **MAMANI SANCHEZ GANDHY KELY** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes:

- * **Presidente** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA
- * **1er. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
- 2do. Miembro** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
- * **Asesor (a)** : Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

SEGUNDO: Fijar la programación de Sustentación de Tesis para el:

DIA : LUNES 11 DE NOVIEMBRE DEL 2024
HORA : 14:00 HORAS
LOCAL : Salón de Grados de la Facultad de Ciencias de la Salud

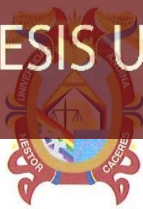
TERCERO: Realizada la Sustentación, el Jurado levantará el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por la Bachiller sustentante.

CUARTO: La Dirección de la Escuela Profesional de Obstetricia, la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud y el jurado, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.



DISTRIBUCIÓN:
- Jurados (3)
- Interesado (1)
- Asesor de Tesis (1)
- Archivo FCS 2023(1)



RESOLUCIÓN DECANAL N°1093 -2024-D-FCS-UANCV

Juliaca, 29 de agosto del 2024

VISTOS:

El Informe N° 031-2024-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, de fecha 26 de agosto del egresado (a) **MAMANI SANCHEZ GANDHY KELY** ; quien solicita la aprobación del Informe Final Titulado: **COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO Y RECIÉN NACIDO RELACIONADO A INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL CENTRO DE SALUD ESTRATÉGICO DE PUTINA – 2023** conducente para optar el título Profesional de: **OBSTETRA**

CONSIDERANDO

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- * **Presidente** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATA CORA
- * **1er. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
- * **2do. Miembro** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

- * **Asesor (a)** : Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

Estando la opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento interno de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria N° 24661 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, el **INFORME FINAL** de **INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado (a)) **MAMANI SANCHEZ GANDHY KELY** ; para optar el Título Profesional de **OBSTETRA** Con la Tesis Titulado: **COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO Y RECIÉN NACIDO RELACIONADO A INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL CENTRO DE SALUD ESTRATÉGICO DE PUTINA – 2023**

ARTICULO SEGUNDO.- DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y secretaria académica de la facultad de ciencias de la salud , quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



Distribución: Decanato, EP: OBSTETRA, Secretaria Académica, Archivo.

**RESOLUCIÓN DECANAL N° 114-2024-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 31 de enero del 2024

VISTOS:

El Informe N° 013-2024-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de la Propuesta de Investigación de fecha 24 de enero de la E.P. Obstetricia folio 000009;

CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado(a): **MAMANI SANCHEZ GANDHY KELY** ha presentado y solicitado la aprobación de la Propuesta de Investigación titulado: **COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO Y RECIÉN NACIDO RELACIONADO A INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL CENTRO DE SALUD ESTRATÉGICO DE PUTINA – 2023** Correspondiente a la línea de investigación: **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV comunico que el **Comité de Investigación** para la evaluación de la propuesta de Investigación está conformado por los siguientes docentes:

- * **Presidente** : **Dra. MARÍA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAFORA**
- * **1er. Miembro** : **M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ**
- * **2do. Miembro** : **Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 030-2024-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación de la propuesta de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

Estando opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92-NAR. D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

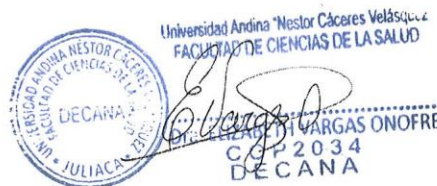
ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, la **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado(a)): **MAMANI SANCHEZ GANDHY KELY** para optar el Título Profesional de **OBSTETRA** titulado **COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO Y RECIÉN NACIDO RELACIONADO A INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL CENTRO DE SALUD ESTRATÉGICO DE PUTINA – 2023**

La Propuesta de Investigación deberá **ejecutarse** de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Unidad de Investigación con fines de obtención de Grados Académicos y Títulos Profesionales, y el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud.

ARTICULO SEGUNDO.- RECONOCER, como **ASESOR(A) DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN** al(la) Docente Ordinario(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud, **Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE**

ARTICULO TERCERO.- DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



Distribución: Decanato, EP: ENFERMERÍA, Secretaría Académica, Archivo.



COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO Y RECIÉN NACIDOS RELACIONADO A INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL CENTRO DE SALUD ESTRATÉGICO DE PUTINA – 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

21 %

INDICE DE SIMILITUD

20 %

FUENTES DE INTERNET

4 %

PUBLICACIONES

11 %

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS


1	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	8 %
2	repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	2 %
3	repositorio.uoosevelt.edu.pe Fuente de Internet	1 %
4	hdl.handle.net Fuente de Internet	1 %
5	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1 %
6	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
7	repositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
8	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %



Metadatos Complementarios

Título de la tesis	
COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO Y RECIÉN NACIDO RELACIONADO A INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL CENTRO DE SALUD ESTRATÉGICO DE PUTINA – 2023	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	GANDHY KELY MAMANI SANCHEZ
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	71965070
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0001-2151-1921
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	ELIZABETH VARGAS ONOFRE
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	29216323
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-6401-9470
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAFORA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02405808
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01297921
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01309221



Datos de investigación	
Línea de investigación	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – P06
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	<p>Edificio: Centro de Salud Estratégico de Putina País: Perú Departamento: Puno Provincia: San Antonio de Putina Distrito: Putina Calle: Avenida 2 de setiembre Coordenadas Latitud: -14.915455404 Longitud: -69.8664674 URL Maps https://www.google.com/maps/d/edit?mid=1gKpO Ggsbqy0SvEUoRo0D7fmynxwkqAo&usp=sharing</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Enero 2024 – Noviembre 2024
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería	<p>Obstetricia, Ginecología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02</p> <p>Salud Pública https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05</p>

UNIVERSIDAD ANDINA NESTOR CERREJÓN VELÁSQUEZ
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 DIRECCIÓN
 Dra. María Amparo del Pilar Chambi Catacora
 DIRECTORA
 UNIDAD DE INVESTIGACIÓN



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo GANDHY KELY MAMANI SANCHEZ, identificado con DNI
Nro. 71965070, en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional**
 Programa de Segunda Especialidad,
 Programa de Maestría o Doctorado

OBSTETRICIA

informo que he elaborado el/la **Tesis** o **Trabajo de Investigación**, **Trabajo Académico**
denominada:

COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO Y RECIÉN NACIDO RELACIONADO A
INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL CENTRO DE SALUD
ESTRATÉGICO DE PUTINA – 2023

Asesorado por: Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 18 de diciembre del 2024

Firma del Asesor
(obligatoria)

Firma del Estudiante
(obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

Quiero decir, en primer lugar, gracias a mi madre, cuyo amor y patrocinio me hacen fijar otro objetivo. Y me ha enseñado a esforzarme, a ser valiente y a que Dios Padre está conmigo.



AGRADECIMIENTO

Gracias a los docentes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, quienes día a día me contaban qué expectativas tenían de mí en mi crecimiento profesional. Por su dedicación a la tolerancia, confianza y total seguridad para todos los demás les agradezco.

Agradezco a todo el personal del Centro Estratégico de Salud de Putina por apoyarme con la información necesaria para realizar mi estudio, cumpliendo una de mis metas.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
ÍNDICE GENERAL.....	v
ÍNDICE DE TABLAS.....	vii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	viii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCIÓN.....	xi

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Justificación del estudio.....	4
1.3 Objetivos de la investigación.....	6
1.4 Hipótesis.....	6
1.5 Variables.....	7
1.6. Operacionalización de las variables.....	8

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación.....	9
2.2 Marco teórico.....	22
2.3 Marco conceptual.....	37

CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Diseño de la investigación.....	39
--------------------------------------	----



3.2. Tipo de investigación	39
3.3. Métodos aplicados a la investigación	40
3.4. Población y muestra.....	40
3.5. Técnicas, instrumentos de investigación	41
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	42
3.7. Contrastación de hipótesis.....	43
3.8. Validez y confiabilidad del instrumento.....	44

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Conclusiones.....	68
Recomendaciones.....	69
Referencias bibliográficas	70
Anexos.....	77
ANEXO 1 MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.....	78
ANEXO N° 2 MATRIZ DE CONSISTENCIA	81
ANEXO N° 3 INSTRUMENTO FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	82
ANEXO N° 4 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.....	84
ANEXO N° 5 AUTORIZACIÓN DE RECOJO DE INFORMACIÓN.....	90
ANEXO N° 6 FOTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	92



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Amenaza de aborto relacionado a ITU en el Centro de Salud Estratégico de Putina – 2023.....	45
Tabla 2	Ruptura de membranas ovulares relacionado a ITU en el Centro de Salud Estratégico de Putina – 2023	48
Tabla 3	Agente patógeno relacionado a ITU en el Centro de Salud Estratégico de Putina – 2023	50
Tabla 4	Amenaza de parto pretérmino relacionado a ITU en el Centro de Salud Estratégico de Putina – 2023	52
Tabla 5	Trastornos hipertensivos relacionado ITU en el Centro de Salud Estratégico de Putina – 2023	54
Tabla 6	Peso del recién nacido relacionado a ITU en el Centro de Salud Estratégico de Putina – 2023	56
Tabla 7	Sepsis neonatal relacionado a ITU en el Centro de Salud Estratégico de Putina – 2023	58
Tabla 8	Retardo del crecimiento intrauterino relacionado a ITU en el Centro de Salud Estratégico de Putina – 2023.....	60
Tabla 9	Apgar al minuto relacionado a ITU en el Centro de Salud Estratégico de Putina – 2023.....	62
Tabla 10	Edad gestacional del recién nacido relacionado a ITU en el Centro de Salud Estratégico de Putina – 2023	64
Tabla 11	ITU en el Centro de Salud Estratégico de Putina – 2023.....	66



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Amenaza de aborto relacionado a ITU en el Centro de Salud Estratégico de Putina – 2023	46
Figura 2	Ruptura de membranas ovulares relacionado a ITU en el Centro de Salud Estratégico de Putina – 2023	48
Figura 3	Agente patógeno relacionado a ITU en el Centro de Salud Estratégico de Putina – 2023	50
Figura 4	Amenaza de parto pretérmino relacionado a ITU en el Centro de Salud Estratégico de Putina – 2023.....	52
Figura 5	Trastornos hipertensivos relacionado a ITU en el Centro de Salud Estratégico de Putina – 2023	54
Figura 6	Peso del recién nacido relacionado a ITU en el Centro de Salud Estratégico de Putina – 2023.....	56
Figura 7	Sepsis neonatal relacionado a ITU en el Centro de Salud Estratégico de Putina – 2023.....	58
Figura 8	Retardo del crecimiento intrauterino relacionado a ITU en el Centro de Salud Estratégico de Putina – 2023	60
Figura 9	Apgar al minuto relacionado a infecciones del tracto urinario en el Centro de Salud Estratégico de Putina – 2023.....	62
Figura 10	Edad gestacional del recién nacido relacionado a ITU en el Centro de Salud Estratégico de Putina – 2023	64
Figura 11	ITU en el Centro de Salud Estratégico de Putina – 2023.....	66



RESUMEN

Objetivo: Determinar las complicaciones en el embarazo y recién nacido relacionado a infecciones del tracto urinario en el Centro de Salud Estratégico de Putina – 2023. **Materiales y métodos:** Investigación de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo, con enfoque cuantitativo, población conformada por 69 pacientes con infecciones del tracto urinario que presentaron complicaciones; durante los meses de enero a diciembre del 2023, a continuación, se realizó un formulario estructurado con once elementos, que se aplicó a 59 pacientes. El Chi2 juega a su favor. **Resultados:** Se identificó que las complicaciones en el embarazo como son: amenaza de aborto si presentó 17% (NS=0.0013), ruptura de membrana ovulares pretérmino 13.6% (NS=0.0019), agente patógeno como la Escherichia coli 61% (NS=0.0013), amenaza de parto pretérmino 52.6% (NS=0.0015) y trastornos hipertensivos como la preeclampsia leve 30.5% (NS=0.0011). Se estableció que las complicaciones en el recién nacido como son: peso bajo del recién nacido 30.5% (NS=0.0017), sepsis neonatal 10.2% (NS=0.0003), retardo del crecimiento intrauterino simétrico 6.8% (NS=0.000), Apgar al minuto de 4 a 6 puntos 13.6% (NS=0.0000), edad gestacional < 38 semanas 15.3% (NS=0.0002). Se evidenció que el tipo de infección del tracto urinario más frecuente es la bacteriuria asintomática con 67.8%. **Conclusiones:** Según el Centro Estratégico de Salud Putina – 2023, las infecciones del tracto urinario son las dificultades que suelen presentarse durante el embarazo y en los recién nacidos.

Palabras Clave: complicaciones en el embarazo y recién nacido.



ABSTRACT

Objective: To determine the complications in pregnancy and newborn related to urinary tract infections at the Putina Strategic Health Center - 2023. **Materials and methods:** Spellbinding, cross-sectional and review research, with a quantitative methodology, populace made up of 69 patients with urinary tract infections who presented complications; during the months of January to December 2023, a structured form with eleven elements was then completed, which was applied to 59 patients. The Chi2 plays in its favor. **Results:** It was identified that complications during pregnancy were: threatened abortion in 17% (NS=0.0013), preterm rupture of the ovular membrane in 13.6% (NS=0.0019), pathogens such as Escherichia coli in 61% (NS=0.0013), threatened preterm delivery in 52.6% (NS=0.0015), and hypertensive disorders such as mild preeclampsia in 30.5% (NS=0.0011). It was established that complications in the newborn such as: low birth weight 30.5% (NS = 0.0017), neonatal sepsis 10.2% (NS = 0.0003), symmetrical intrauterine growth retardation 6.8% (NS = 0.000), Apgar at 1 minute from 4 to 6 points 13.6% (NS = 0.0000), gestational age < 38 weeks 15.3% (NS = 0.0002). It was evident that the most frequent type of urinary tract infection is asymptomatic bacteriuria with 67.8%. **Conclusions:** According to the Putina Strategic Health Center - 2023, urinary tract infections are the difficulties that usually occur during pregnancy and in newborns.

Keywords: complications in pregnancy and newborn.



INTRODUCCIÓN

La investigación se denomina. Dificultades en el embarazo y el lactante relacionadas con las contaminaciones del lote urinario en la Comunidad de Bienestar de Putina - 2023. Objetivo: Decidir las dificultades en el embarazo y el lactante relacionadas con las contaminaciones urinarias en el Centro de Salud Estratégico de Putina - 2023

En este país según una investigación epidemiológica reciente. Se detectó una infección del tracto urinario en el tres por ciento de las pacientes del Servicio de Obstetricia de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Glucosuria, aminoaciduria (la mayoría de las bacterias que se alimentan de solutos), aumento del pH de la orina debido a una mayor excreción de bicarbonato; y particularmente alteración del peristaltismo en la declaración excretora que son fácilmente disponibles para el crecimiento. (1)

Los cambios morfológicos y útiles que ocurren con el embarazo han inclinado a las mujeres a fomentar varios tipos de IU durante el embarazo, incluida la bacteriuria asintomática (músculo del estómago), la cistitis intensa (CA) y la pielonefritis intensa (PA). Al tener músculo del estómago, tanto el transporte prematuro como el bajo peso al nacer aumentan el riesgo de PA. Esto debe hacerse mediante cultivo de orina, ya que los diagnósticos como la ecografía ofrecen resultados subóptimos en la distinción de qué paciente tiene más probabilidades de fallar con antibióticos y tener una intervención quirúrgica adicional. E. coli representa aproximadamente el 80% de los casos. En el 10% de los casos, la enfermedad puede ser grave y potencialmente mortal tanto para la madre como para el bebé. Este póster electrónico trata sobre el análisis donde la terapia de la PA en algunas condiciones, se considera un tratamiento ambulatorio. Dada la alta tasa de recurrencia de las



infecciones urinarias, es importante que las mujeres embarazadas que padecen una reciban un seguimiento adecuado. (2)

La tesis fue una investigación de tipo no experimental, correlacional, de nivel básico y retrospectiva desarrollada con diseño transversal. Los datos fueron procesados con el programa SPSS versión 26, verificando porcentajes de frecuencia para las variables de estudio y cifras mediante la prueba estadística CHI².

En los hallazgos de la investigación los capítulos comprenden: El capítulo I trata de generalidades como el planteamiento del problema, objetivos, justificación, hipótesis y variables. capítulo II trata de la fundamentación teórica. capítulo III abarca los procesos metodológicos, tipos, niveles, métodos, diseños, poblaciones, muestras y técnicas de muestreo, las estrategias de recolección de datos y las herramientas utilizadas. Capítulo IV. En él se encuentran tanto la discusión como los efectos. Finaliza con la conclusión y las propuestas, así como la bibliografía y los anexos.



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Descripción del problema

Las mujeres embarazadas acuden al especialista por una contaminación del paquete urinario (ITU) y no por otro tipo de infección. Estas enfermedades pueden, cuando se une a de pérdida de función en la región pélvica y también del parénquima papilar renal que conducen a una enfermedad sistémica, se expresan elementos particulares durante el embarazo a pesar de que sucede fuera del embarazo. ¡Puedes ver que incluso la piel que rodea la pelvis, que vive dentro de tu propio cuerpo, puede crear coño fuera del embarazo y como esta misma foto! Como resultado, esta enfermedad contagiosa es más propensa a aparecer. Las especies Gram-negativas que se encuentran en el 80% de los casos, predominantemente Escherichia coli (E. coli) y en menor medida Proteus mirabilis, Klebsiella, Aerobacter [Morganella] y otras Enterbacteriaceae causan las ITU con mayor frecuencia. Del 5 al 15 por ciento de los aislamientos fueron bacterias Gram-positivas, siendo los estafilococos harinosos los que representaron la mayoría de



los aislamientos. Estos cambios terminan haciendo a la persona vulnerable a contraer todo tipo de infecciones del tracto urinario. Además de la participación de factores relacionados con la acción obstructiva mecánica hormonal sobre los vasos como la próstata y la dependencia del tracto urinario, contribuyen también a la creciente incidencia del reflujo vesicoureteral (RVU) y otros mecanismos fisiopatológicos que justifican la alteración de la composición sanguínea necesaria para el crecimiento bacteriano, asociada a los cambios ocurridos en el embarazo como la dilatación de la pelvis y de los cálices y uréteres. El aumento del tamaño uterino causa compresión mecánica y conduce al hidrouréter y la hidronefrosis, es la progesterona también la que lo pone en marcha. Estar asociado a otras enfermedades o afecciones. (3)

En estudios realizados en diferentes latitudes el diagnóstico de ITU se informó en el 47,5% de los pacientes. Los síntomas en el momento de la entrevista del TS incluyeron síntomas leves o nulos (52,4%) de la enfermedad cuando se tomó su historia clínica. La mayoría de ellas eran multíparas (52,4%) y alcanzaron el segundo trimestre de embarazo (45,8%), además, más de la mitad tenía menos de tres controles prenatales. Todos los casos fueron diagnosticados mediante la prueba de orina común y corriente que se utilizó en cada caso. (4)

En el Perú en publicaciones: Se encontró que el 96.9% presentan Uretritis 2.5% presentan Cistitis y 0.6% presenta Pielonefritis. (5). Las características sociodemográficas de los pacientes fueron: ser menores de 15 años en 25,6%, tener nivel primario de gestación (57,6%), embarazo en tercer trimestre (56%), multípara (71,85%), antecedente de infección del tracto urinario (56,6%) y riesgo de parto prematuro (0,5%). (6)



En el departamento de Puno se encontró una diferencia significativa de infecciones del tracto urinario ($p = 0,000$) en las embarazadas con dificultades obstétricas debido a los trastornos de la hipertensión (Tabla 2). Un 17,0 de las mujeres tuvieron RPM ($p = 0,000$) en su embarazo anterior, el tipo de parto que se presentó fue cesárea en un 20,8% ($p = 0,034$), y con riesgos de parto pretérmino nuevamente se realizó parto por cesárea en un 51,6% ($p = 0,000$), y hasta un 15,7% nacieron prematuramente. Solo la fecha de nacimiento se asoció $p = 0,000$, siendo que el 26,4% son prematuros; APGAR $p = 0,021$ (9,4%) se presentaron con puntajes entre 4 y 6 y peso al nacer relacionado con $p = 0,000$ (11,3%). Además, el 91,8% de los sujetos sintomáticos tenían bacteriuria, pero otras formas de ITU solo representaron el 5,7% y la pielonefritis el 2,5%. (7)

También se evidenció que los determinantes socioeconómicos: estado civil ($\text{Chi}^2 = 24.24$, $ns = 0.00$); ingreso económico familiar ($\text{Chi}^2 = 276.44$, $ns = 0.00$), ocupación ($\text{Chi}^2 = 6.59$, $ns = 0.02$); se identificó que los determinantes culturales: higiene perineal ($\text{Chi}^2 = 87.85$, $ns = 0.00$), procedencia ($\text{Chi}^2 = 52.95$, $ns = 0.00$); y grado de instrucción ($\text{Chi}^2 = 48.47$, $ns = 0.00$); se identificó que los determinantes obstétricos paridad ($\text{Chi}^2 = 82.45$, $ns = 0.00$);, infecciones urinarias previas ($\text{Chi}^2 = 39.35$, $ns = 0.00$), aborto ($\text{Chi}^2 = 72.44$, $ns = 0.00$), infecciones vaginales ($\text{Chi}^2 = 26.27$, $ns = 0.00$); influyen a la infección del tracto urinario en gestantes atendidas. (8)

Con toda esta información expuesta formuló la siguiente interrogante.



1.1.2 Formulación del problema

Problema general.

PG. ¿Cuáles son las complicaciones en el embarazo y recién nacido relacionado a infecciones del tracto urinario en el Centro de Salud Estratégico de Putina - 2023?

Problemas específicos

PE₁ ¿Cuáles son las complicaciones en el embarazo relacionado a infecciones del tracto urinario en el Centro de Salud Estratégico de Putina?

PE₂ ¿Cuáles son las complicaciones en el recién nacido relacionado a infecciones del tracto urinario en el Centro de Salud Estratégico de Putina?

PE₃ ¿Cuál es el tipo de infecciones del tracto urinario más frecuente en el Centro de Salud Estratégico de Putina?

1.2 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Justificación teórica

La infección del tracto urinario en mujeres embarazadas continúa siendo una causa frecuente de consulta y hospitalización por complicaciones en el embarazo y después del parto por complicaciones en el recién nacido.

En el Centro de salud Putina se atiende con frecuencia embarazadas que presentan infecciones urinarias por consultorios externos y en hospitalización.



Estas enfermedades a menudo conducen a partos prematuros y bajo peso al nacer.

Lo que me motiva a realizar este trabajo de investigación.

Justificación práctica

Las consecuencias del examen serán de utilidad para el grupo de bienestar, que debe ser alertado sobre la importancia de establecer metodologías de contrarresto, junto con el reconocimiento precoz y las técnicas de tratamiento ideales antes de que estos procesos infecciosos causen complicaciones maternas y neonatales.

Se pretende reducir la morbilidad de la embarazada y su recién nacido a través del mejor manejo de las infecciones urinarias en el embarazo.

Los beneficiados serán la madre y su hijo por nacer, porque cada esfuerzo que se realice para conocer las implicancias de las infecciones urinarias en la salud materna y neonatal será un aporte para el mejor conocimiento del problema planteado.

Justificación metodológica

Para este estudio se utilizó un formulario de recolección de datos descriptivo y retrospectivo. De esta manera, las principales variables de las historias clínicas se transcribieron en este formulario con el fin de permitir su evaluación estadística. El trabajo descrito aquí se clasifica como no experimental porque, si bien las variables no fueron manipuladas, cualquier cambio resultante no está controlado ni cuantificado. La información proviene de hace algunos años y todo el seguimiento.



1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general.

OG. Determinar las complicaciones en el embarazo y recién nacido relacionado a infecciones del tracto urinario en el Centro de Salud Estratégico de Putina - 2023.

Objetivos específicos.

OE₁ Identificar las complicaciones en el embarazo relacionado a infecciones del tracto urinario en el Centro de Salud Estratégico de Putina.

OE₂ Establecer las complicaciones en el recién nacido relacionado a infecciones del tracto urinario en el Centro de Salud Estratégico de Putina.

OE₃ Indicar el tipo de infecciones del tracto urinario más frecuente en el Centro.

1.4 HIPÓTESIS

Hipótesis general.

HG. Las complicaciones en el embarazo y recién nacido se relacionan a infecciones del tracto urinario en el Centro de Salud Estratégico de Putina - 2023.

Hipótesis específicas.

HE₁ Las complicaciones en el embarazo como son: amenaza de aborto, ruptura prematura de membrana, agente patógeno, amenaza de parto



pretérmino y trastornos hipertensivos, se relacionan a infecciones del tracto urinario en el Centro de Salud Estratégico de Putina.

HE₂ Las complicaciones en el recién nacido como son: peso del recién nacido, retardo del crecimiento intrauterino, Apgar al minuto, edad gestacional, se relacionan a infecciones del tracto urinario en el Centro de Salud Estratégico de Putina.

HE₃ El tipo de infección del tracto urinario más frecuente es la bacteriuria asintomática en el Centro de Salud Estratégico de Putina.

1.5 VARIABLES

Variable 1.

Complicaciones en el embarazo y recién nacido

Dimensiones:

Complicaciones en el embarazo

Complicaciones en el recién nacido

Variable 2

Infecciones del tracto urinario



1.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Dimensiones	Indicaciones	Escalas
Variable 1 Complicaciones en el embarazo y recién nacido	1.1. Complicaciones en el embarazo	1.1.1. Amenaza de aborto	a) Si presentó b) No presentó
		1.1.2. Ruptura de membrana ovulares	a) Si presentó b) No presentó
		1.1.3. Agente patógeno	a) Escherichia coli b) Klebsiella pneumoniae c) Staphylococcus saprophyticus
		1.1.4. Amenaza de parto pretérmino	a) Si presentó b) No presento
		1.1.5. Trastornos hipertensivos	a) Preeclampsia leve b) Preeclampsia moderada c) No presentó
	1.2. Complicaciones en el recién nacido	1.2.1. Peso del recién nacido	a) Bajo peso. Menor a 2500 gramos b) Peso normal 2500 a 3999 gramos c) Macrosómico 4000 gramos a más
		1.2.2. Sepsis neonatal	a) No presentó b) Sí presentó
		1.2.3. Retardo del crecimiento intrauterino	a) No presento b) Simétrico c) Asimétrico
		1.2.4. Apgar al minuto	a) 7 a 10 puntos b) 4 a 6 puntos c) 0 a 3 puntos
		1.2.5. Edad gestacional del recién nacido	a) < 38 semanas b) 38 – 40 semanas c) > 40 semanas
	Variable 2 Infecciones del tracto urinario	2.1. Infecciones del tracto urinario	2.1.1. Tipos de infecciones del tracto urinario



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Antecedentes a nivel internacional.

Jaramillo, "et al." (11). Objetivo: Este estudio fue diseñado para investigar los factores clínico-epidemiológicos en casos de embarazo con ITU combinada con fiebre, entre los trastornos infecciosos más frecuentes debido a las complicaciones de los cambios que a menudo se asocian con el embarazo. Las mujeres embarazadas tienen mayor riesgo de contraer estas enfermedades. Investigación: Este diseño de estudio de casos y controles se realizará en los registros médicos de mujeres embarazadas que se registraron entre 2017 y 2020 (considerando cuándo se cumplen). Luego, a facilitar el proceso analítico. El cultivo de orina produjo *Escherichia coli* con mayor frecuencia (34,8%). Debido al tiempo requerido para los resultados del cultivo de orina, y por lo tanto la sensibilidad a los antibióticos, la mediana de días de hospitalización que recibió esta paciente fue de tres. La paciente que recibió aztreonam fue la única de estas pacientes que requirió una intensificación de la terapia con antibióticos. Serían más significativos los estudios controlados, junto con los estudios de casos y controles que pudieran



distinguir las condiciones o características de un subconjunto de mujeres embarazadas que podrían preceder y predisponer a estas infecciones en comparación con otros casos no afectados. Conclusiones: El uso empírico intrahospitalario de aztreonam parece la primera opción, pero los estudios deben ser controlados.

Ortiz, “ et al” (12) . En promedio, las mujeres embarazadas obtienen la victoria, ya que es un hecho conocido que las enfermedades de la parcela urinaria son más normales en el embarazo que en alguna otra pieza de la gama femenina. Una contaminación de la parcela urinaria en una mujer embarazada puede conducir a problemas críticos durante el embarazo. Considerando esa circunstancia única, de esta manera, una de las motivaciones focales detrás de nuestra revisión fue decidir el ritmo de penetración de las contaminaciones del lote urinario en damas mexicanas con deseos de asumir. Estrategias y métodos. Búsqueda de escritos Se buscaron escritos accesibles desde septiembre de 2014 hasta abril de 2019 utilizando. La encuesta incluyó investigaciones que revelaron a mujeres embarazadas a las que se les determinó contaminación por lote urinario de cualquier área geográfica de la República Mexicana. Se realizó un examen de los hechos y se eligieron los más idóneos en los que se podía esperar encontrar información. Resultados. Se investigó una suma de 33 exámenes que incluyeron a 7,421 mujeres. Tras finalizar la revisión, la tasa de IU se mantuvo en 8.8%. Fin. En México, la baja exploración. Las enfermedades están relacionadas con diferentes problemas que pueden ocurrir cuando la madre da a luz. En personas con una infección del tracto urinario (ITU) conocida estos son los organismos identificados mayor número Escherichis coli que es una bacteria Gram-negativa.



Serdán , “et al.” (13) . Los cambios hormonales durante el embarazo pueden provocar infecciones del tracto urinario provocadas por bacterias en las mujeres. Las oportunidades también son un factor de riesgo importante de sepsis neonatal, y es la oportunidad más importante. El período neonatal temprano es el momento más vulnerable para que un bebé desarrolle sepsis neonatal, que es una infección sistémica grave que se manifiesta con frecuencia como bacteriemia. Las semanas posteriores al nacimiento son cruciales en términos de su resultado dentro de este escenario crítico y, por lo tanto, el diagnóstico de trastornos infecciosos (p. ej., detección del crecimiento bacteriano) tiene el potencial de salvar vidas. Los pacientes se dividieron en 2 grupos principales: el grupo de neonatos (70 casos) que habían nacido de madres diagnosticadas con el virus, y un grupo de control formado por recién nacidos (154) de mujeres embarazadas sanas, según los resultados del estudio ABSISS. Además, el estudio indica que cuando se diagnostica esta enfermedad se puede tratar adecuadamente, evitando repercusiones desastrosas para la salud del bebé.

Llasag (14). El El motivo de este proyecto de exploración es distinguir los factores de riesgo de enfermedades del lote urinario en señoras embarazadas en el rango de 18 a 30 años que acuden al «Centro de Salud Tipo C Las Palmas de Esmeraldas». Se trata de una revisión, cuantitativa-subjetiva, transversal esclarecedora. Técnicas: Se realizó una revisión gráfica y transversal, con un tamaño de muestra conformado por 146 mujeres embarazadas, quienes respondieron todas las preguntas de la encuesta al personal de ginecología (16 ítems en total), cuestionario estructurado compuesto por cuatro preguntas cerradas y doce de opción múltiple. Además, se realizó una indagación cualitativa en la que se utilizaron nueve preguntas abiertas sobre factores de riesgo de infección del



tracto urinario (ITU) para realizar entrevistas a médicos ginecólogos y obstetras. La guía de observación se utilizó en el mes de mayo de 2018. Embarazadas con infecciones del tracto urinario, incluyendo todas las formas de domi- rizzo en la orina 91% eran asintomáticas 3%, diseñadas para monitorear los sistemas de resistencia durante el embarazo el año pasado. Este caso estaba relacionado (ITU): 78% de las embarazadas lo saben; 22% de las embarazadas no lo saben. Entre las 506 embarazadas estudiadas en Wadsworth (50), respectivamente, a las 16 y 32 semanas de gestación, y posparto, se detectaron ITU con una frecuencia del 45% al final del embarazo, 38% al principio del embarazo y solo del 17% en GA8. Por lo tanto, concluimos que la ITU sucederá más en el segundo trimestre de los embarazos teniendo en cuenta la prevalencia de bacteriuria asintomática; y las mujeres embarazadas están bastante bien informadas sobre estas infecciones.

Góngora (15) . Las enfermedades del tracto urinario (ITU) son una de las patologías más reconocidas durante este período, y pueden ser asintomáticas hasta que aparece un signo sugestivo debido a los cambios fisiológicos que ocurren con el embarazo, así como la contaminación por ITU también puede ocurrir en ciertas mujeres antes del embarazo. Se realizó una revisión transversal, subjetiva, cuantitativa e inequívoca, mediante entrevistas a una muestra de la población significativa, compuesta por usuarias embarazadas atendidas en el Centro de Bienestar «Las Palmas». Objetivos: El objetivo de este examen fue evaluar los factores de riesgo de contaminación urinaria en mujeres embarazadas que acuden al Centro de Bienestar «Las Palmas». «Las Palmas». Esto comprendió la caracterización de riesgos biológicos y patológicos, y la identificación de síndromes de fondo de morbilidad de ITU. Según los criterios de inclusión, participaron cincuenta y dos mujeres embarazadas de las cuales quedó muestra en estudio de



los cuales se obtuvieron datos que muestran que las mujeres embarazadas son las que presentan fluencias clínicas, siendo las más frecuentes las que presentan un mayor riesgo de sufrir infecciones urinarias.

2.1.2. Antecedentes a nivel nacional.

Ibarra , Simón (16) . Este estudio se realizó en el Hospital Regional de Pucallpa en un periodo de marzo 2021 a julio 2021 con el objetivo de determinar si existe asociación entre las ITU y las mujeres con PROM. Marco de investigación cualitativa: Se empleó un diseño descriptivo, retrospectivo, transversal, no experimental y técnica cuantitativa de campo. Se trató de un estudio transversal. La muestra seleccionada estuvo constituida por cincuenta mujeres embarazadas que padecían infección del tracto urinario y fue diagnosticada entre marzo de 2021 a julio de 2021. Resultados: Encontramos que (BA) debe aplicarse a nivel de PROM, alcanzando un porcentaje 60%, PROM podría tener una proporción de [64% (2532)] versus Cistitis Aguda y Cistitis Crónica con una proporción de [50% (55) para ambas condiciones. Pielonefritis y PROM, se reportó que el porcentaje de exposición a Pielonefritis por más de 2 años (64%), por el contrario, expuestos a Pielonefritis Aguda desde solo un año y esto representa un porcentaje de (30%). De manera similar, no existe una asociación estadísticamente significativa entre la cistitis y la rotura prematura de membranas. Además, la pielonefritis y la rotura prematura de membranas no tienen asociación o correlación. No existe un vínculo significativo entre las ITU y la RPM.

Trujillo (17) . Los investigadores se proponen investigar si existe o no una relación que vincule las infecciones del tracto urinario y el parto prematuro entre las mujeres embarazadas. Los datos fueron recolectados de una muestra poblacional de 109



gestantes mediante la administración del instrumento de recolección de datos que fue utilizado para la posterior determinación de los resultados de la siguiente manera: Grupo de edad entre 20 y 29 años de la madre, representando el 50%; Tallas maternas mayores o iguales a 1.45: 98%; Peso de la madre por encima del ideal marcado por sobrepeso representó el sesenta y dos por ciento (62%); El Índice de Masa Corporal (IMC) fue considerado adecuado con un treinta y cuatro por ciento de sobrepeso, esto corroborado porque el setenta y dos por ciento de la población que vive en zona urbana se registró un diagnóstico del 94% en el Sistema de Vigilancia Perinatal diagnosticó esta sintomatología, presentaron control prenatal en 3 con un 87%, resaltando el sexo femenino en un porcentaje del 56%; Se reportaron valores normales de peso del recién nacido con cifras de 65% y morfología sin cultivo presente ni antibiograma aberrante como alto porcentaje fue el encontrado en aquellos cuyas anormalidades en la morfología la hicieron; detectar síntomas clínicos el 79% de las participantes desarrollaron esta sintomatología; parto pretérmino intermitente moderado se presenta entre las 32 y 35 semanas; cistitis 71%.

Dueñas (18) Objetivo: Este estudio se realizó de enero a junio del 2018, determinados a distinguir los problemas relacionados con la IU en las mujeres embarazadas acudieron al Consultorio Local Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica. Estrategias incluidas: Estudio transversal, observacional y de revisión. El grupo de revisión estuvo conformado por 150 gestantes a las que se les determinó enfermedades del paquete urinario que acudieron al Consultorio Médico Territorial Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica entre enero y junio del 2016. Se aplicaron criterios de exclusión a las cuales. Se emplearon tablas simples, permitiendo entradas repetidas. En el 49,3% de los casos, las formas que se



complicaron con infección del tracto urinario correspondieron a adultos según los hallazgos, mientras que en el 30 por ciento de los casos existían signos de enfermedad de gestosis, que más bien reflejaban cambios en el equilibrio hormonal en mujeres jóvenes embarazadas; Las cohabitantes y solteras se encontraron respectivamente en una tasa de 42% y 34%, el origen de tipo comunitario se remontó a 84.7%, el nivel de educación secundaria se refirió hasta 55.3%, fueron estudiantes por ocupación hasta 24%, amas de casa ocupadas en casi la mitad de los casos (56.7%) predominaron las primigrávidas (35.3%), las multíparas reales en una tasa de casi tres décimas (28.7%) nulíparas hasta más de una cuarta parte (27.3%), presentaron complicaciones maternas como parto pretérmino en casi la mitad de ellas, durante el embarazo; El aborto amenazado también se contabilizó como complicación gravidicariums con tasas comparables, por lo que aproximadamente una cuarta parte de todas las mujeres embarazadas afectadas con infecciones del tracto urinario.

Caycho (19) El objetivo de la revisión fue decidir los especialistas super etiológicos de la contaminación del lote urinario (IU) en gestantes de la Clínica Médica Nacional Hipólito Unanue. Materiales y estrategias: Esta revisión transversal, observacional y participativa fue dirigida en la ciudad de Lima (Perú) durante el año 2020. La revisión fue dirigida en la Clínica Médica Nacional Hipólito Unanue dentro de la rama de ginecología y obstetricia donde se utilizó información del año 2019. Se analizaron las contaminaciones del paquete urinario en 1281 individuos. La información adquirida de la estructura de surtido de información es retratada utilizando Microsoft Succeed adaptación 2017 y SPSS programación rendición 24. Esta fue la ficha de recolección de datos. Se aplicó estadística descriptiva por diferentes tipos de variable. La creación de las tablas con porcentajes y frecuencias



produjo gráficos por sí solas. Las variables cualitativas se generalizaron en formas como moda, mediana, etc. La información se basó en una muestra de 246 gestantes. Estas cepas son más resistentes a Ampicilina, Clotrimoxazol, Cefepime y Ciprofloxacino, mientras que los fármacos Imipinem, Meropenem, Nitrofurantoína, Amikacina y Cloranfenicol han mostrado un mayor nivel de sensibilidad. Los resultados encontrados

Aguilar (20). Durante el año 2018 se planeó estudiar estas dificultades existentes en relación con investigación cuantitativa, descriptiva, retrospectiva transversal. Grupo de control: Incluyó 56 mujeres embarazadas que tuvieron ITU en el tercer trimestre y se quejaron de ella al momento del parto. Resultados: Las mujeres multíparas representan el 50%, el 66% son partos vaginales a término y cuarenta y ocho pacientes tienen menos de seis controles prenatales, mientras que la ruptura prematura de membranas ocurrió en el 30,4%. El setenta y cinco por ciento de los bebés fueron prematuros, el peso al nacer menor de 2.500 gramos fue el segundo con el 23,2%, seguido de la sepsis neonatal (1,8%). En algún momento del tercer trimestre del embarazo, el 60% al 80% de las mujeres embarazadas tuvieron bacteriuria asintomática y de este grupo de edad también tuvieron la frecuencia más alta de cistitis. Estas también fueron las mismas mujeres que habían experimentado resultados adversos, incluido parto prematuro y amenaza de parto prematuro.

Valdez (21). Objetivo: Para identificar los desenlaces de las gestantes que consultaron en el Hospital de Ventanilla durante el 2018 por infección del tracto urinario, se realizó este estudio transversal. La naturaleza del estudio fue descriptivo transversal retrospectivo. La muestra estuvo constituida por 138



historias clínicas de madres con diagnóstico de infecciones del tracto urinario. Según los resultados, las gestantes que presentan UX positivo (70.3%) nuevamente son más propensas a presentar Bacteriuria Asintomática que las mujeres sanas. Antecedentes propios: 66.7% tienen entre 20 y 34 años, 66% son casadas, 62.3% han completado la primaria, 74.6% son trabajadoras no remuneradas y 81.2% de la ciudad; · Antecedentes: El 71% de los casos tenían antecedentes de infección del tracto urinario, 63% eran multíparas, menos de seis visitas prenatales en 48.6% y partos vaginales en 76.1%. Los problemas maternos en el 35,5% de los casos incluyeron amenaza de aborto y rotura prematura de membranas. El diagnóstico se realizó mediante cultivo de orina y el antibiograma se alteró en el 73,2% de los casos. En el 84,4% de los casos, se analizó la orina antes de la terapia, mientras que después del tratamiento solo en el 24,6% ($P = 0,001$). Se registró polaquiuria en el 32,6% de los casos, disuria en el 26,8% y dolor lumbar como molestia o síntomas de presión perineal en el 26,1%. Estos podrían ser más importantes para ahorrar dinero que el 84,8 por ciento de los pacientes recibieron atención por una infección del tracto urinario. Finalmente, los problemas con estas mujeres también fueron que el embarazo podría interrumpirse en el 35,5% de los casos y tendrían rotura de membranas PREM debido a la infección.

Quispe , Najarro (22). Como componente del movimiento de revisión, se distinguió la contaminación de la trama urinaria en las embarazadas que acudieron a la clínica de apoyo «Jesús de Nazareno». Los hallazgos fueron los siguientes: parto prematuro comprometido (21,8%), parto prematuro comprometido y RPM (10,9% y 6,4%, por separado), bajo peso al nacer a término (4,5%), erupción cutánea (3,6%) y limitación del desarrollo intrauterino (1,8%). Riesgo de parto prematuro comprometido: 3,5, Probabilidad de parto fallido: 2,0 Probabilidad de parto



premature: 2,0 Probabilidad de bajo peso al nacer: 4,2 El ritmo de erupción en el embarazo acompañante fue del 26% Proporción impar de limitación del desarrollo intrauterino (RCIU) = 2/1.

2.1.3. Antecedentes a nivel regional.

Quezada (23). Este estudio tuvo como objetivo buscar una explicación donde se unen estas variables con la infección del tracto urinario en embarazadas que han sido consultadas en el C.S. José Antonio Encinas Puno 2022. Materiales y métodos: Se utilizó un diseño de investigación descriptiva, transversal correlacional como un estudio epidemiológico cuantitativo prospectivo. Tamaño de la muestra y técnica: El tamaño total de la muestra fue de 100 gestantes las cuales fueron entrevistadas utilizando como herramienta una guía de entrevista con ítems del cofre. Estadístico de chi-cuadrado Conclusión: Se encontraron factores individuales asociados a ITU entre gestantes. Estos predictores fueron: 1) grupo etario (20 a 36 años, $p=0.021$, $\text{cal } X^2 = 11.605$; $\text{OR}=4.88$); y estado civil de las mujeres convivientes (casadas/de hecho) deben tener probabilidad de parto inesperado dentro de las 24 horas $p=0.008$; $\text{Cal } X^2 = 13.774$; $\text{OR}=3.70$), así como amas de casa ($p= 0.29$, $pX^2\text{Cal} = 10$; $p\text{OR}$). Los factores obstétricos citados fueron los siguientes: múltipara con 60% ($X^2 = 19.341$ NS 0.001), periodo intergenital barato a normal 65% ($X^2\text{cal} = 20.017$ y NS: 0.000) y edad gestacional fuera del embarazo puede ser de cuarenta y ocho a cuarenta semanas (a - 2 $\text{cal} = 20.884$ No significativamente diferente.

Espinal (24). Objetivo: Identificar los factores sociodemográficos asociados a las infecciones del tracto urinario en mujeres embarazadas atendidas en el Centro de Salud Asillo a partir del año 2021. Métodos y material: De las 62 mujeres



embarazadas estudiadas, se obtuvo un tamaño de muestra de 53 mujeres embarazadas. La investigación se realizó en mujeres embarazadas mediante una metodología prospectiva, correlativa, cuantitativa de corte transversal. El método empleado es la encuesta y la herramienta que tenemos a utilizar es un cuestionario, se asociaron a infecciones del tracto urinario inferior al desenlace. Se confirma la estabilidad local de esta enfermedad con una frecuencia de 60,4% ($X^2_{cal} = 10,495$ y $NS = 0,005$). De hecho, una de las formas de conocerla es a través de las infecciones del tracto urinario. En el trabajo de investigación realizado se reconoció que la infección del tracto urinario se relaciona con factores obstétricos en el embarazo establecido como el tercer trimestre del embarazo con el 69.8% de todos los casos ($X^2_{cal} = 10,312$ y $NS = 0.00$), el embarazo múltiple representa el 50.9% de los casos; representa el 71.7% de todos los casos. Cistitis (18.9%) Pielonefritis (9.5%) Consideraciones finales. Diversas variables sociales, como sexo, condiciones sociodemográficas zonas de infección y atención obstétrica asociadas al ITU en el C.S. de Asillo durante el 2021.

Quispe (25) El tipo más común de levadura que puede causar infecciones se dice que es un problema de salud pública, ya que puede transferirse al bebé durante el parto. Las infecciones vaginales probablemente representan la enfermedad más frecuente y generalmente aparecen en el segundo trimestre del embarazo con *Candida* como principal agente etiológico. Estos pacientes se consideran polimórficamente sintomáticos. Antecedentes: El presente estudio investiga la correlación entre los flujos vaginales anormales y el consecuente riesgo de morbilidad tanto en la madre como en el recién nacido, teniendo en cuenta las mujeres embarazadas del Hospital III EsSalud Juliaca 2019. Diseño y métodos: estudio correlacional, transversal y retrospectivo que consiste en una investigación



basada en paradigmas cuantitativos. En la población, todavía había 58 mujeres embarazadas atendidas en el Hospital III EsSalud Juliaca. Muestra: 48 mujeres embarazadas. Estas mujeres embarazadas representaban a toda la población. Se aplicó un cuestionario estandarizado que consta de diez ítems. Según la prueba de chi 2 Detalles de la evaluación de Chi 2 Resultado final: El flujo vaginal patológico se asocia positivamente con efectos maternos: Pielonefritis, ABU (35,4% $\times 2 = 14,343$), PPROM >24 h, localizada fueron influenciadas significativamente por el flujo vaginal anormal en el análisis final de pruebas multivariadas a un nivel alfa de .258 y un cociente de riesgo de IC95%) factores significativos para la infección BV (vaginosis bacteriana).

Jihuallanca (26). Objetivo: Se realizó en diciembre de 2019 en el Puesto de Salud de Taparachi Juliaca y buscó identificar los factores de riesgo que influyen en las infecciones del tracto urinario en mujeres embarazadas. Diseño: Diseño transversal, relevancia para el campo de la obstetricia, que es uno de los subcampos de las ciencias de la salud. Utilizar técnicas de este nivel tanto descriptivas como cuantitativas aleatorias. La muestra está compuesta por 94 situaciones diversas. También se registraron setenta y cinco casos de gestantes que presentaron infecciones urinarias en etapa prenatal. Resultados: Bacteriuria asintomática (76% de los casos); seguida de cistitis (22,7%) y pielonefritis aguda sintomática (como dolor o irritación) en 1,3% de las portadoras (gestacionales). Las características sociodemográficas de mayor influencia en la prevalencia de infecciones del tracto urinario en embarazadas fueron el rango de 17 a 24 años, que fue el más prevalente, representando el 52,0% de todos los casos, y la ocupación como ama de casa, en conjunto presentaron una tasa de 62.7%; presencia de sanitario con letrina representó resultados para sanitarios o pozos con



cajas montadas en la pared y la unidad de salud se identificaron como sin relación significativa con el lugar de inicio. En cuanto a las condiciones maternas se encontraron factores estadísticamente significativos: Sí, retención urinaria en 77.3% de los casos; Frecuencia de actividad sexual cada dos días con 58.7% de los casos; frecuencia de higiene perineal cada tres días o más con 66.7% de los casos, número de embarazos múltiples para 56% y dos parejas sexuales presentes en el momento con un porcentaje promedio de hasta 54.7%; vida sexual activa e higiene perineal regular.

Mamani (27). La investigación realizada tuvo como objetivo estimar la proporción de mujeres embarazadas que acudieron a un centro de salud (Jane Antonio Encinas) de Puno, entre aquellas que presentaron ITU y/o problemas obstétricos, entre enero y julio de 2021. Método: no experimental; diseño de medida relacional-transversal, tipo de investigación prospectiva correlacional descriptiva. Este fue un estudio transversal realizado en mujeres embarazadas utilizando una cohorte específica en las 20-28 semanas de gestación, y la población total en estudio está representada por 299 mujeres embarazadas que formaron la muestra compuesta por el formulario de solicitud 138 que colaboró estrechamente con los investigadores. Fue un formulario que había sido creado por nueve ítems
Resultado: Las variables más relevantes confirmadas por prevalencia son las siguientes; factores sociodemográficos relacionados con Más probable (embarazo complicado): Edad de 20 a 34 años, que representa el mayor número de casos 42,8% ($p = 0,000$).



2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. Complicaciones en el embarazo y recién nacido

Algunas mujeres también enferman durante el embarazo. Todas estas son consideraciones que pueden afectar la salud de la madre y/o del feto. Incluso las mujeres que estaban sanas antes del embarazo pueden tener problemas. Estos problemas hacen que el embarazo sea de riesgo. (28)

2.2.1.1. Complicaciones en el embarazo.

Los problemas de salud de la madre que aparecen durante el embarazo se denominan complicaciones del embarazo. Pueden afectar tanto a la madre como al bebé. Estos síntomas pueden deberse a alguna enfermedad preexistente que tenga la embarazada, que solo empeora con su condición, o surgir como resultado de la misma. Podrían haber sobrevivido muy bien a su diagnóstico o podrían haber sido inminentes y erradicados en segundos. El aborto espontáneo, la muerte materna, la muerte fetal y los problemas de desarrollo en los recién nacidos son las peores complicaciones que pueden ocurrir durante el embarazo. Por lo tanto, una detección temprana de cualquier trastorno puede ocurrir en la embarazada para proporcionar la atención médica adecuada para la madre y el feto. (29)

2.2.1.2. Amenaza de aborto.

Cuando se produce al principio del embarazo, se denomina metrorragia. En algunos casos, se asocia a un dolor hipogástrico intermitente leve. Afecta a entre 1 de cada 4 y 1 de cada 25 mujeres embarazadas. Aunque solo alrededor del 40 % sufre un aborto espontáneo, no se han encontrado efectos congénitos demostrables en los bebés nacidos después de amenazas de aborto. La sangre



viaja desde los vasos sanguíneos de la madre hasta los vasos placentarios rotos. Aunque la vida del embrión o feto se confirmó con visualización ecográfica, y aunque el orificio cervical interno (OIC) sigue cerrado. (30) **Factores de riesgo del aborto:** Una pérdida previa o pérdidas previas, edad materna avanzada e infertilidad Utilización de gases anestésicos como óxido nitroso, ingestión de una gran cantidad de café y alcohol, Los trastornos crónicos que afectan a la madre incluyen diabetes; enfermedad celíaca; problemas autoinmunes, incluido el síndrome antifosfolípido (SAFP) y enfermedad celíaca que no se trata adecuadamente. Cigarrillos, cocaína y Concepción entre tres y seis meses después del parto. Enfermedades maternas como Vaginosis bacteriana, micoplasmosis, infección por herpes simple, toxoplasmosis, listeriosis, clamidia, VIH, sífilis, parvovirus B19, enfermedad intestinal, gonorrea, rubéola y CMV, que se transmiten al niño durante el embarazo a través de los DIU. Misoprostol, retinoides, metotrexato, calmantes no esteroideos y diversas técnicas de interrupción precoz electiva anteriores, Irregularidades uterinas: rarezas innatas, anexos, leiomioma submucoso. Hay dos factores clave que determinan cuándo una mujer va a tener un parto prematuro: la cantidad de partos fallidos y la cantidad de hijos que ha tenido anteriormente, junto con la edad. Además, el riesgo de parto no natural es del 12% entre las mujeres que no han tenido ningún embarazo hasta ese momento; sea como fuere, la probabilidad de tener un parto fallido aumenta con cada número de partos prematuros. (31)

2.2.1.3. Ruptura prematura de membrana.

Existen múltiples procesos patológicos que pueden provocar rotura prematura de membranas. Este tipo de rotura se limita a las que se producen una hora antes del



inicio del parto y 37 semanas después del embarazo. Conclusiones: La infección intraamniótica es uno de estos mecanismos, otras variables que aumentan el riesgo de padecer la enfermedad son la baja posición socioeconómica, un índice de masa corporal inferior a 19,8, un estado nutricional deficiente. Por otro lado, la rotura precoz se limita en gran medida a pacientes sin ningún factor de riesgo. (32)

Fisiopatología de la ruptura prematura de membrana. Esto es coherente con el debilitamiento universal y orquestado de las membranas que se produce durante el parto, tanto por las contracciones uterinas potentes y continuas como por el estrés mecánico repetitivo. Esto se ha asociado con la ruptura de las membranas fetales que se produce durante el parto. Identificaron un área cerca del sitio de ruptura llamada "zona de morfología alterada". Esta área existía antes de la ruptura de membranas (ROM) y se debía al parto. (33) Las membranas pueden tener un defecto biomecánico intrínseco que predispone a la ruptura asociada con el parto. Por otro lado, no se puede descartar que haya cambios cualitativos en los vínculos paracrinos entre diferentes partes del útero (miometrio) y las membranas fetales (33)

2.2.1.4. Agente patógeno

La orina de humanos sanos contendría esos mismos microbios saprofitos, que también se denominan transmitidos por la orina. Estos gérmenes van desde Lactobacillus, Bacillus o Corynebacterium hasta Staphylococcus, Candida, así como algunas enterobacterias. La gama de microorganismos patógenos que causan infecciones del tracto urinario (ITU) es amplia e incluye bacterias, hongos y levaduras, virus y parásitos. La mayoría de las enfermedades razonables se deben a microorganismos únicos. Aunque este es el caso de las infecciones



primarias, la etiología polimicrobiana es poco común. Casi todas las infecciones del tracto urinario (ITU) son causadas por bacterias. Aproximadamente el 90% de todas las infecciones son el resultado de bacilos gramnegativos, predominantemente Enterobacteriaceae. Esta bacteria tiene una vía ascendente para ingresar al organismo, iniciando en la uretra, siendo colonizada por la flora fecal del tracto digestivo. **Escherichia coli** el patógeno más común incriminado en la pielonefritis y la cistitis causa la mayoría de estos casos. La incidencia de infección urinaria debido a cepas K2 es baja, en condiciones en las que intervienen bacterias oportunistas (p. ej. Proteus, Serratia o Pseudomonas) que favorecen su actividad patógena directamente, esta reducción da como resultado el compromiso de microorganismos oportunistas como una vez que Escherichia coli puede adherirse firmemente al tracto urinario en virtud de sus factores de colonización (pili y fimbrias), puede volverse invasiva, lo que le permite propagarse aún más hacia el tejido débil. **El género Proteus** por otra parte, la Escherichia coli es la forma de infección urinaria que se produce con mayor frecuencia. En las personas que están gravemente enfermas, existe una propensión a contraer infecciones en sitios previos de colonización bacteriana, como el tracto urinario superior. Todas las especies de Proteus, además de otras infecciones urinarias urealíticas, promueven la formación de cálculos. Estos patógenos pueden vivir dentro de los cálculos a pesar de los antimicrobianos que de otro modo los matarían, lo que hace que el huésped se vuelva a infectar. Esto crea un ciclo cerrado de infección, litiasis e infección. **Klebsiella, Enterobacter y Serratia** por lo general, son responsables de la pielonefritis aguda y, posiblemente, de infecciones adquiridas en el hospital, mientras que los avances de estas últimas pueden volverse más comunes. El tipo atípico de infección cruzada que es más evidente de inmediato; las enfermedades



nosocomiales causadas por *Serratia* brindan un ejemplo obvio. Existe un alto riesgo de que *Pseudomonas* cause infecciones del tracto urinario asociadas a la implantación en pacientes sometidos a procedimientos invasivos y que padecen una respuesta inmune deteriorada. Los **estafilococos coagulasa** negativos pertenecen a los cocos grampositivos (*S. epidermidis*). Más de la mitad de las ITU son causadas por estas 3 variables que predominan en pacientes con factores de riesgo hospitalizados en hospitales. Si no están hospitalizados, las mujeres sexualmente activas pueden infectarse con *S. saprophyticus* (hembra/artesanal) y *S. agalactiae*; *S. aureus* penetra en el riñón por vía hematógena, y da lugar a abscesos intrarrenales o perinefríticos como secuelas. *E. faecalis* puede causar infecciones graves, especialmente en pacientes con enfermedades uropáticas. El resto son, más raramente aisladas (o solo serán condiciones muy específicas): *Neisseria gonorrhoeae* *Gardnerella vaginalis* *Corynebacterium urealyticum* *Mycoplasma hominis* *Ureaplasma urealyticum* Las infecciones urinarias por hongos se manejan frecuentemente con ciclos largos de antibióticos, inmunosupresión y retención de catéteres. La mayoría de las especies son levaduras eucariotas y *Candida albicans* es la especie más común entre ellas, especialmente en mujeres. La infección de etiología vírica es muy rara y puede manifestarse desde la primera infancia, como es el caso de la cistitis causada por adenovirus. *Escherichia coli* (ECA). (34)

2.2.1.5. Amenaza de parto pretérmino.

El nuevo estudio, publicado el jueves en *JAMA Psychiatry*, analizó el parto prematuro, que se refiere a cuando un bebé nace antes de 37 semanas de incubación (un embarazo a término dura aproximadamente 40 semanas), o en



cualquier momento entre cuatro y dos meses antes, desde el primer día del último ciclo femenino de la madre hasta que concibe un hijo. (35) Lo que sigue explica por qué han reventado las películas (paquetes de agua) (trabajo espontáneo → ilícito). Debido a: Obstétrico (es decir, corioamnionitis, RCIU u ocasión materna importante) Trabajo pretérmino traído al mundo antes de las 37 semanas de edad gestacional por edad gestacional. Tipos de trabajo pretérmino. Según las Comunidades para la Prevención Infecciosa, a las que se hace referencia en Clinical News Today, el trabajo pretérmino es el momento en el que se trae al mundo a un niño vivo antes de que se hayan completado las 37 semanas de crecimiento. (36) **Prematuridad extrema:** para bebés nacidos entre la semana 22 y la 27, algo que ocurre solo en aproximadamente un cuarto del uno por ciento de los embarazos. **Prematuridad moderada:** La fotografía muestra a un bebé nacido en aproximadamente 28-31 semanas de gestación, lo que significa que el niño ya se fue antes de nacer (0,6% de todos los nacimientos). Prematuridad leve: El período de prematuridad leve se produce aproximadamente entre las 32 y 36 semanas. **Prematuridad leve:** Se presenta en aproximadamente el 3,0 % de los embarazos durante el embarazo. (37)

2.2.1.6. Trastornos hipertensivos.

La hipertensión inducida por el embarazo es un término general para un espectro de enfermedades relacionadas con el embarazo, conocidas colectivamente como trastornos hipertensivos del embarazo. Estas complicaciones van desde aumentos relativamente menores de la presión arterial media hasta hipertensión severa que se asocia definitivamente con daño de órganos diana y morbilidad significativa tanto para la madre como para el recién nacido. Embarazo e hipertensión arterial como



ya se ha mencionado, una de las distinciones más importantes que se deben hacer cuando se busca una definición en el embarazo se encuentra en la diferenciación entre enfermedades hipertensivas pregestacionales y patologías específicas relacionadas con el estado gestacional, sobre todo, la preeclampsia. Lo creas o no, puedes tener hipertensión antes del embarazo, pero durante el transcurso de estos 9 meses puedes descubrir tu condición por primera vez. Además, la hipertensión puede diagnosticarse durante el trabajo de parto y el parto y presumiblemente después del parto. (38). La presión arterial debe medirse en dos ocasiones, con un intervalo de al menos seis horas, en el transcurso de una semana. Casi la mitad de ellas, tal vez, desarrollarán preeclampsia con síntomas como dolor de cabeza o dolor epigástrico y polaridad que incluye proteinuria y trombocitopenia. (39)

Preeclampsia: Se trata de un tipo particular de fenómeno del embarazo que puede afectar a todos los sistemas del organismo. Se caracteriza por una hipertensión que supera un nivel definido arbitrariamente (p. ej., 140/90 mmHg), así como por proteinuria. Se define como síntomas prodrómicos crónicos, como dolor epigástrico y cefaleas con anomalías visuales o escotomas, seguidos a menudo de necrosis hepática. Cuanto más graves sean los síntomas, mayor será la probabilidad de que existan. Según se exprese, podrá sub clasificarse en: **Preeclampsia leve:** Lecturas de presión arterial de 140/90 mm Hg o más en dos ocasiones separadas por al menos cuatro horas, y niveles de proteinuria de 300 mg/24 h o más. **Preeclampsia grave:** Repasos de presión arterial de 160/110 mm Hg o más, o incluso a niveles de presión arterial más bajos pero también relacionados con uno de los resultados clínicos y de laboratorio. La orina barata nitrofurantoína cada 24 horas es más de cinco gramos (sugestivo de daño al homomnieliumanphen) Las transaminasas altas son un indicador de enfermedades hepáticas. El paciente presenta dolor



abdominal superior continuo, náuseas y vómitos. Este dolor es más común en el cuadrante superior del abdomen. Trombocitopenia, enfermedades de la sangre: cuando los recuentos de plaquetas están por debajo de 100.000 por milímetro cúbico. La coagulación intravascular diseminada (CID) implica hemólisis. Los niveles de creatinina sérica $>0,9$ mg/dl indican alteración de la función renal. Oliguria (producción de orina inferior a 50 mililitros por hora). Los síntomas neurológicos incluyen (p. ej., dolor de cabeza persistente, hiperreflexia de los tendones e hiperexcitabilidad psicomotora). GetOrdinal> Las alteraciones visuales, como escotomas borrosos y centelleantes, diplopía y fotofobia, son el análogo visual de las alteraciones de la percepción sensorial. Una restricción del crecimiento intrauterino fetal, más comúnmente llamada oligoamnios. Se produce un desprendimiento de placenta. Ese color azulado se debe a un edema pulmonar de aparición repentina para el que no se puede encontrar otra causa: cianosis.

Hipertensión crónica: Puede ser primaria o esencial, secundaria a enfermedades renales, renovasculares y endocrinas (tiroides, suprarrenales); también puede ser causada por afecciones de coartación de la aorta. **Eclampsia:** Las convulsiones tónico-clónicas generalizadas y/o el coma inexplicable también pueden ocurrir a segunda mitad del embarazo, después del parto o durante el puerperio. (38)

2.2.2. Complicaciones del recién nacido.

El nacimiento prematuro, las dificultades en la transición de la vida fetal a la neonatal, la hipoglucemia, los problemas respiratorios, las infecciones u otras afecciones contribuyen a que aproximadamente el 9% de los bebés requieran atención especializada después del nacimiento. Los problemas que surgen (o parecen haberse originado) antes del nacimiento del niño tienen más



probabilidades de deberse a afecciones que ya estaban presentes en la madre antes (del embarazo), problemas que surgen como resultado de una diferencia en la dieta materna durante el embarazo únicamente, anomalías subyacentes de los procesos reproductivos que conducen a la concepción y la fertilización en sí, o la respuesta del feto a la medicación prenatal. (40)



2.2.2.1. Peso del recién nacido.

Clasificación del peso: Peso al nacer es un indicador de supervivencia o riesgo para la niña o niño. (41)

CLASIFICACIÓN DE ACUERDO AL PESO DEL NACIMIENTO	
PUNTO DE CORTE	CLASIFICACIÓN
1000 a 1499 gramos	Muy bajo peso al nacer
1500 a 2499 gramos	Bajo peso al nacer
De 2500 a 4000 gramos	Normal
4000 gramos	Macrosómico

Fuente: Norma Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. Manual de procedimientos para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño.

2.2.2.2. Sepsis neonatal.

Cuadro clínico caracterizado por signos y síntomas infección generalizada acompañado de bacteriemia en periodo neonatal. Según la presentación clínica, existen 2 definiciones, pero se complementan entre sí: Posible caso de sepsis Asintomático con factores de riesgo presentes. Los signos y síntomas de una infección distinguen típicamente una sepsis grave. De nuevo, esto también confirma la sepsis y un cultivo positivo. En primer lugar, la presentación clínica de la sepsis temprana ocurre en las primeras 72 horas. El cuadro clínico que ocurre después de las 72 horas se denomina sepsis tardía.. **Etiología:** Serratia spp, Streptococcus spp; Staphylococcus epidermidis, Klebsiella spp, Staphylococcus aureus, Escherichia coli. **Fisiopatología:** La transmisión de infecciones a los lactantes puede producirse a través de la placenta, en el líquido amniótico, por aspiración o ingestión de secreciones vaginales o una combinación de estos modos. Las bacterias pueden invadir el organismo por varias vías de entrada,



incluidas lesiones previas en las barreras tegumentarias y mucosas, dispositivos de vigilancia fetal, equipos de acceso vascular, transfusiones, cuidados o incisiones del muñón del cordón umbilical, cirugía y enterocolitis necrosante. (42)

2.2.2.3. Retardo del crecimiento intrauterino.

La condición en la que no se expresa el potencial genético del feto se llama: NO SINTROFÍA³⁰⁷. Mientras tanto, es absolutamente ridículo poder saber cuánto pesa un feto o un bebé cuando recién están siendo concebidos. Por esta razón, es aplicable una definición operativa y La limitación del desarrollo fetal (RGF) se caracteriza por ser la situación en la que un bebé tiene una carga inferior al décimo percentil de peso al nacer. La mayor parte de las extensiones de hecho (66%) de los bebés con FGR, que estaría por debajo del percentil décimo de peso para la edad gestacional y sería visto como poco tamaño fetal. En cualquier caso, estos neonatos son, de hecho, ordinarios, apenas reúnen su límite de desarrollo. Estos niños se clasifican como de «constitución infantil» o del término pediátrico Stake (abreviatura de edad gestacional). El tercio restante de los bebés con FCR tienen un problema de desarrollo fetal, y en estos casos se supone que existe un «auténtico FCR». Las ideas de «bajo peso al nacer» y «peso excepcionalmente bajo al nacer» están interrelacionadas. Estas agrupaciones se caracterizan por un peso al nacer inferior a 2.500 gramos o inferior a 1.500 gramos. La mayoría de los bebés con bajo peso al nacer vienen al mundo con FCR, pero en algunos casos también contribuye el prematuro (31). **La limitación del crecimiento simétrico es, por otra parte, más restrictiva que lo que se conoce como crecimiento asimétrico.** Aunque en el caso de los recién nacidos asimétricos, el retraso en el desarrollo es significativamente mayor en comparación con el de los bebés simétricos, la restricción del crecimiento simétrico después de una lesión reduciría



la cantidad y el tamaño de las células si el daño se produce de forma temprana, pero solo su tamaño si se produce de forma tardía. Después de una lesión al final del embarazo, como la hipertensión gestacional que conduce a una insuficiencia placentaria, es posible que se observe la expresión de una restricción del crecimiento asimétrica. El concepto de "preservación del cerebro" significa que, en momentos en que el oxígeno y la nutrición son escasos, como sucede con los fetos con RCIU, se dirige al cerebro el flujo sanguíneo suficiente para mantenerlo creciendo normalmente (de ahí el tamaño normal de la cabeza), pero todas las demás áreas reciben menos circulación. Se cree que este fenómeno es el mecanismo de la restricción del crecimiento somático. Aunque sólo una quinta parte de los niños pequeños para su edad gestacional presentaban asimetría ecográfica entre la cabeza y la circunferencia abdominal. El hecho de ser pequeño proporcionalmente parece hacer que los bebés tengan más probabilidades de enfrentar un mal resultado que aquellos que simplemente caen por debajo de un umbral, sin embargo, aquí (como en nuestro estudio que utilizó el seguimiento de los niños desde el nacimiento) la exclusión de fetos más pequeños o con retraso del crecimiento con limitación del crecimiento simétrica no aumenta significativamente la probabilidad de experimentar consecuencias desfavorables en comparación con todos los fetos de desarrollo normal. La restricción del crecimiento fetal parecía ser un trastorno grave del desarrollo si era asimétrica, pero por lo demás frecuentemente representaba una estatura baja constitucionalmente retrasada pero esencialmente normal. (32) **Tipos: Simétricos:** Todas sus medidas han disminuido (talla, peso y perímetro craneal). Son una reacción a desencadenantes que aparecen al inicio del embarazo como la rubéola



y anomalías cromosómicas. **Asimétricos:** Pierden un poco de peso pero por lo demás no crecen en altura y su perímetro craneal no se expande. (3)

2.2.2.4. Apgar al minuto.

Esta utilidad práctica del sistema de puntuación es importante, ya que detecta a los neonatos que requieren reanimación al nacer y permite evaluar el impacto de los cambios en los procedimientos. Estas características se dividen en cinco categorías que son fácilmente observables. Cada una de estas características se puntúa con 0, 1 o 2. La suma de los cinco componentes un minuto y cinco minutos después del parto da como resultado la puntuación total. Una puntuación de Apgar de 1 minuto nos indica que es hora de empezar a hacer cosas (esfuerzos de reanimación...) La puntuación a los cinco minutos y el cambio de puntuación entre un minuto y cinco minutos pueden ser informativos con respecto al éxito de los esfuerzos de reanimación. La puntuación a los cinco minutos también es un buen indicador de la condición del bebé al nacer hasta los primeros 28 días de vida; por lo tanto, es importante predecir la supervivencia neonatal. Esto se debe a uno de los cinco minutos en los que se calcula la puntuación. Los investigadores descubrieron que los recién nacidos a término con puntuaciones de Apgar de siete a diez, respectivamente, tenían una probabilidad de mortalidad tan baja como una en cinco mil. El grupo MINOCA con esas elevaciones leves de troponina tuvo aproximadamente siete veces más riesgo de morir en los primeros seis meses (en comparación con las tasas de mortalidad de uno de cada cuatro, recién nacidos a término que tienen puntuaciones de tres o menos). Se muestran los predictores equivalentes de mortalidad neonatal con recién nacidos prematuros para puntuaciones bajas a los cinco minutos. Y una conclusión fue que la puntuación de



Apgar, así como los sistemas de puntuación, son igualmente importantes para la predicción de la supervivencia neonatal. (32)

2.2.2.5. Edad gestacional del recién nacido.

La historia de cuánto tiempo lleva embarazada la mujer se puede medir contando desde el primer día de los períodos menstruales regulares anteriores, lo que, en la práctica, se utiliza para calcular la edad de embarazo. Cabe señalar que la edad gestacional es; en días, o a través de semanas completas. **El prematuro:** PTRN se puede dividir en: es un recién nacido entre 31 semanas y 37 semanas y 6 días; si nació antes de las 37 semanas lo llamamos prematuro moderado. < 31 w EG Recién nacido, prematuro **Prematuro extremo**. El término completo se refiere a un bebé que tiene entre 38 y 42 semanas de edad. (43)

2.2.3. Infecciones del tracto urinario.

Las infecciones bacterianas son la forma más común de enfermedad que puede afectar al embarazo. Las infecciones sintomáticas incluyen cistitis o pielonefritis. Algunas infecciones producen síntomas; los cultivos de orina que no muestran unidades formadoras de colonias se denominan "piuria estéril". Son las principales adhesinas involucradas en las infecciones bacterianas. Además de sus cualidades hemolíticas, estas adhesinas también sirven como un desencadenante de la adherencia de la fimbria P a las células epiteliales vaginales y urinarias. La diabetes afecta más a los pacientes con cáncer que a los de cualquier otro tipo.

2.2.3.1. Tipos de infecciones del tracto urinario

a) Bacteriuria asintomática. Se trata de una infección del sistema urinario, como su nombre lo indica y en ausencia de síntomas específicos de orina. El número de



embarazadas bacteriúricas varía entre el dos y el siete por ciento. Factores predisponentes (p. ej., control subóptimo de la glucemia; vejiga neurogénica, infecciones urológicas externas) Las incidencias son cinco veces mayores en las personas sin hogar y en las personas pobres La infestación por piojos púbicos se ha descrito como un marcador de mala higiene Incluso sin bacteriuria en el cultivo inicial, es fundamental recordar que más del uno por ciento de las mujeres embarazadas desarrollarán bacteriuria en algún momento durante su embarazo. Un cultivo de orina es el medio más eficaz para diagnosticar la infección.

b) Infección urinaria baja. Hasta un 1-2% de las mujeres embarazadas tendrán una infección de vejiga (cistitis o infección del tracto urinario inferior). Lo contrario es cierto para aquellas con ITU sintomáticas; la gran mayoría de los pacientes tienen síntomas, más comúnmente disuria. Dolor en la región suprapúbica, urgencia y frecuencia de orinar son ejemplos de otros síntomas que tampoco son beneficiosos, ya que son comunes para las mujeres embarazadas sin infección. Produce menos complicaciones que la bacteriuria asintomática. Los antibióticos orales se utilizan en el tratamiento ambulatorio para tratar la afección. Si la terapia falla, puede ser adecuado uno de los regímenes de dosis única que se usan comúnmente para la bacteriuria asintomática, o continuar el tratamiento con un ciclo de tres a cinco días. Menos de 100 UFC/ml de bacterias y síndromes urinarios en el 30-50% de los pacientes, luego ITU. (44)

c) Infección urinaria alta. La pielonefritis o infección del tracto urinario superior se desarrolla en el 1% al 2% de la población embarazada. Dicha patología en el embarazo aumenta el riesgo de desarrollar pielonefritis debido a que está sujeta a infecciones durante la estasis y bacteriuria, como la migración lenta inducida por el



edema en el sistema urinario. Inicialmente, es el resultado del efecto relajante hormonal (principalmente progesterona) en los uréteres y mecánico más tarde, lo que explica por qué la mayoría de los episodios ocurren en la última parte del segundo trimestre o durante el tercer trimestre del embarazo. En la orina, como lo indican numerosos glóbulos blancos (WBC) y bacterias. Si el cultivo es negativo, es de vital importancia verificar que el paciente no haya tomado un antibiótico, ya que una sola dosis de antibióticos puede esterilizar la orina. Puede haber un recuento normal o leucocitosis en los glóbulos blancos periféricos. El nivel de creatinina puede ser elevado, lo que sugiere una alteración de la depuración en la orina de 24 horas. (45). Sin embargo, dado que la pielonefritis puede presentarse en algunas mujeres con recuentos de 20.000 a 50.000 colonias/ml, se considera que los cultivos positivos con concentraciones más bajas como indicadores de infección y motivos para el tratamiento. (32)

2.3 MARCO CONCEPTUAL

- **Agente patógeno.** Los agentes patógenos son los que provocan enfermedades en su huésped. (46)
- **Apgar.** Esta evaluación clínica se utiliza para sacar una conclusión sobre el estado de salud del bebé en estos primeros minutos de su vida. Se examinan los siguientes aspectos: coloración, tono muscular, esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca y respuesta a estímulos. (47)
- **Edad gestacional del recién nacido.** En pocas palabras, es un período que ocurre entre la concepción y el nacimiento. (48)
- **Peso del recién nacido.** El peso al nacer es el peso más recordado del niño, tomado poco después del nacimiento. Un peso bajo al nacer implica que el



niño pesa menos de 2,5 kg. Un peso al nacer alto implica que el niño pesa varios kg. (49)

- **Retardo del crecimiento intrauterino.** Todos estos factores están asociados con el RCIU, aparte de los factores de riesgo maternos, las causas placentarias y las características fetales. Además, la aparición de esta enfermedad es importante por su importancia, ya que en un intervalo corto con nuevas plantillas mórbidas y enfermedades protoportales (lejos-lejos). (50)
- **Ruptura prematura de membrana.** Fuga transvaginal de líquido amniótico antes del inicio del parto. Se define por un cese de la integridad de las membranas amnióticas. (51)
- **Sepsis neonatal.** Durante el período neonatal, es una infección invasiva que a menudo es bacteriana. (52)



CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

El diseño de investigación fue no experimental debido a que no se manipulan deliberadamente las variables, ya que se observan el hecho en su circunstancia natural.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación fue de nivel básico relacional, de corte transversal.

- **Nivel relacional:** Su propósito fue evaluar la frecuencia de las variables y cómo se relacionaban/conectaban en un punto en el tiempo. (53)

Donde:

M = Muestra

V¹ = Primera variable. Complicaciones en el embarazo y recién nacido

r = relacionado

V² = Segunda variable Infecciones del tracto urinario.

-**Corte transversal:** Es una técnica de recolección de datos que se lleva a cabo solo para un único tiempo. (54)

-**Nivel básico:** Se estudió el problema, destinado exclusivamente a la búsqueda de conocimiento (55)



3.3. MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN

Método **hipotético-deductivo**. el objetivo de nuestro estudio era ver si la hipótesis sería esencialmente verdadera o falsa, específicamente en correspondencia con los factores que se derivaban de la observación. La razón por la que no podemos refutar empíricamente las hipótesis es porque no están estrictamente limitadas a casos específicos, sino que son leyes conceptuales poco definidas. (56)

El enfoque de investigación fue cuantitativo.

Esta investigación implicó el uso de herramientas informáticas, estadísticas, para obtener resultados. (57).

La investigación cuantitativa, por lo tanto, pudimos esbozar las variables a analizar, operacionalizar las y especificar sus indicadores. (58)

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población. Se llevó a cabo un estudio retrospectivo entre 69 casos de infecciones del tracto urinario que se diagnosticaron y trataron en el Centro de salud estratégico de Putina entre enero y diciembre de 2023. Este grupo incluía problemas relacionados con recién nacido.

Por lo tanto, por población, nos referimos a todos los casos que satisfacen algunos criterios. (53)

Muestra. Podemos describir parte de ella como un conjunto de componentes de muestreo que se seleccionan de las unidades de muestra que constituyen el marco de la investigación. (59)

Para decidir cuántos pacientes se incluirían en su estudio, utilizaron esta fórmula:



$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot P \cdot Q}{e^2(N - 1) + Z_{\alpha}^2 \cdot P \cdot Q}$$

Dónde:

n = El tamaño de la muestra que queremos calcular

N = Tamaño de la población 69

Z = Nivel de confianza 95% -> Z=1,96

e = Es el margen de error máximo que admito (5%)

p = Probabilidad de éxito (0.5)

Q = Probabilidad de fracaso (0.5)

$$n = \frac{69 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(69 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{69 \times 3.84 \times 0.25}{0.0025 \times 68 + 3.84 \times 0.25}$$

$$n = \frac{66.27}{1.13}$$

n = 58.62

La muestra estuvo conformada por 59 pacientes

Tipo de muestreo: Después del cálculo del tamaño de la muestra, se utilizó un muestreo probabilístico.

Ámbito de estudio y temporalidad.

Se realizó en el Centro de Salud Estratégico de Putina. Ubicado en la región de Puno. En el lapso de tiempo enero a diciembre del 2023.

3.5. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y FUENTES DE INVESTIGACIÓN PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

En esta investigación se emplearon las siguientes herramientas.



Técnica

Variable 1: Análisis documental.

Variable 2: Trabajo mediante el cual, a través de un ciclo erudito, extraemos ideas del informe para abordarlo y trabajamos con la admisión a las primicias. (60)

Instrumento

Variable 1: Ficha de recolección de datos

Variable 2: Es un instrumento de investigación para recopilar datos estandarizados; fue diseñado para usarse en la recopilación de datos cuantitativos. La forma de recopilación de datos puede ser rápida de responder, sin embargo, debe abordarse con extrema precaución al generar esas respuestas para asegurarse de que estén libres de manipulación. (61)

Fuentes

Secundarias. **Historias clínicas**

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Previo a la recolección de datos, se hicieron arreglos con los administradores del Centro de Salud. Por supuesto, se necesita un permiso para ello. Las horas y los días de la semana se seleccionaron para probar un instrumento de investigación sobre problemas de infecciones del tracto urinario (ITU) en mujeres embarazadas y recién nacidos con financiación en un importante centro de salud de Putina. Se implementó para asegurarse de que la herramienta pudiera utilizarse de manera adecuada. Cada instrumento tuvo que tocarse durante aproximadamente 20 minutos para poder recolectar la información adecuada. Procesamiento y análisis

de los datos. Luego de terminar de recolectar los datos, los procesamos y analizamos esperando hacerlo después de recolectar la última unidad de datos. La evaluación del último paso es hacer la prueba estadística Chi², utilizando la aplicación estadística SPSS 25 que guarda todos los registros.

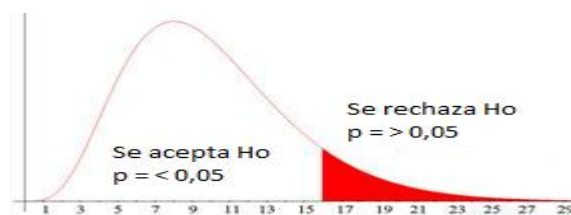
3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Se utilizó la prueba de Chi-cuadrado:

$$\chi^2_{calc} = \sum \frac{(f_0 - f_e)^2}{f_e}$$

f_0 : Frecuencia del valor observado.

f_e : Frecuencia del valor esperado.



Esto ayuda a determinar si la asociación entre los factores es mensurablemente enorme o no. Para evaluar la idea de la conexión entre los factores, se contrastó la p-estima y el nivel de importancia. Por lo tanto, dado que vimos que el α (alfa) 0,05 es suficientemente claro y que en nuestro caso tenemos un riesgo del 5%, se llegó a un consenso y se podría entender como una línea que une esas variables.

Si el valor $P \leq \alpha$, rechazamos H_0 y decimos que hay una asociación estadísticamente significativa entre esas dos variables.

Sin embargo, si el valor P es más significativo que su α , lo que significa que H_0 no se rechaza y, por lo tanto, no se puede sacar ninguna conclusión de que las variables estén correlacionadas o relacionadas.



3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.

Se comprobó la validez de contenido del constructo del instrumento de investigación, para lo cual se realizó una prueba de concordancia entre los jueces, realizada por cinco profesionales obstetras. Estos revisores dieron sugerencias que tomamos en cuenta para modificar el instrumento, facilitando cualquier alteración antes de su utilización. También se utilizó el formulario Alpha de Cronbach para evaluar la confiabilidad del constructo:

Valores de alfa	Interpretación
0.90 - 1.00	Se califica como muy satisfactoria
0.80 - 0.89	Se califica como adecuada
0.70 - 0.79	Se califica como moderada
0.60 - 0.69	Se califica como baja
0.50 - 0.59	Se califica como muy baja

Como resultado, según la evaluación de fiabilidad del instrumento de 11 ítems utilizando el Alfa de Cronbach en SPSS Versión 25, se obtuvo:

Estadísticas de fiabilidad			
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos normalizados	N de elementos	
0.771	0.801	11	

Mediante este proceso estadístico, se descubrió un valor Alfa de Cronbach en 0.771, el cual demuestra la fiabilidad del instrumento. **Fiabilidad moderada.**

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

TABLA 1. AMENAZA DE ABORTO RELACIONADO A INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN EL CENTRO DE SALUD ESTRATÉGICO DE PUTINA – 2023.

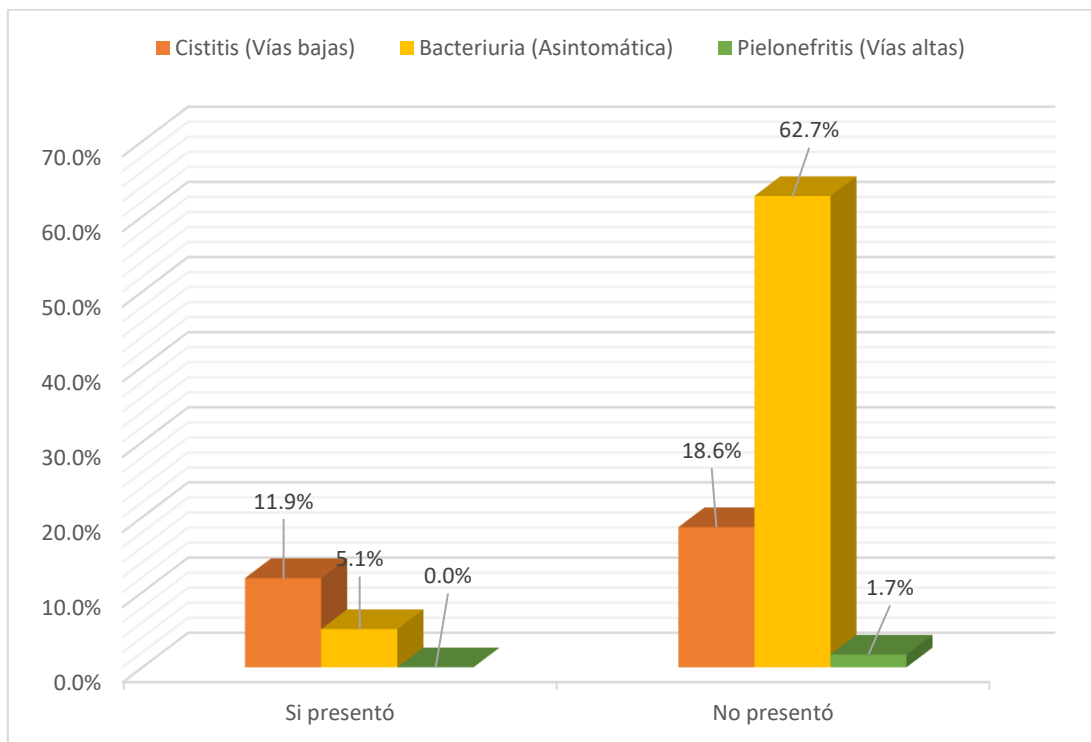
Amenaza de aborto	Tipos de infecciones del tracto urinario							
	Cistitis (Vías bajas)		Bacteriuria (Asintomática)		Pielonefritis (Vías altas)		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Si presentó	7	11.9	3	5.1	0	0.0	10	17.0
No presentó	11	18.6	37	62.7	1	1.7	49	83.0
Total:	18	30.5	40	67.8	1	1.7	59	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

REGLA DE DECISIÓN

$$\text{Chi}^2_{\text{cal.}} = 8.47 > \text{Chi}^2_{\text{tab.}} = 5.99 = \text{Gl: } 2 \text{ Ns: } 0.013$$

FIGURA 1



Fuente: Tabla 1

Figura 1. Se puede ver claramente la relación entre este y aquel tipo de infección del tracto urinario que usted ha tenido. ¡Está en peligro de abortar si se presenta un determinado tipo de infección del tracto urinario! Al analizar todos los datos, descubrimos que en el 83,0 % de los casos no había amenaza de aborto y, de hecho, solo en el 17 % de los casos se trató de un impulso para el control natalidad.

El 18% de las mujeres a las que se les diagnosticó cistitis (una forma de infección de las vías urinarias) no tuvieron riesgo de aborto y el 11,9% puede sufrir amenaza de aborto por parte del endocrinólogo. En la columna de tipo de infección del tracto urinario bacteriuria asintomática: 62.7% no presentaron amenaza de aborto, seguido del 5.1% que si presentó amenaza de aborto. Esta cifra fue del 1,7 % para las pacientes con pielonefritis, un tipo de infección del tracto urinario que no representa una amenaza para el aborto.



Aquí se muestra el análisis estadístico de χ^2 . Luego se compara el χ^2_{cal} . con 8,47 y el χ^2_{tab} . 5,99, que es más alto; luego se descubren los grados de libertad, que parecen ser 2 y se alcanzó un valor p de 0,013 que sigue siendo NS pero menor que $P < 0,05$. En consecuencia, podemos concluir que la probabilidad de tener una infección de las vías urinarias que provoque un aborto está relacionada significativamente.

Empleando las palabras de Dueñas E. Dando a conocer que el 22.7% de las participantes del estudio presentaron amenaza a aborto. (18) Como dice Ortiz M.; Corona E.; Cariño R.; Fernández E. Informaron que el 43.3% presentaron amenaza de aborto. (12). En el estudio la amenaza de aborto fue inferior 17%.

Se afirma que una de las complicaciones en la gestante es la amenaza de aborto por el aumento de agentes patógenos que alteran el microbiota genital

TABLA 2. RUPTURA DE MEMBRANAS OVULARES RELACIONADO A ITU EN EL CENTRO DE SALUD ESTRATÉGICO DE PUTINA – 2023.

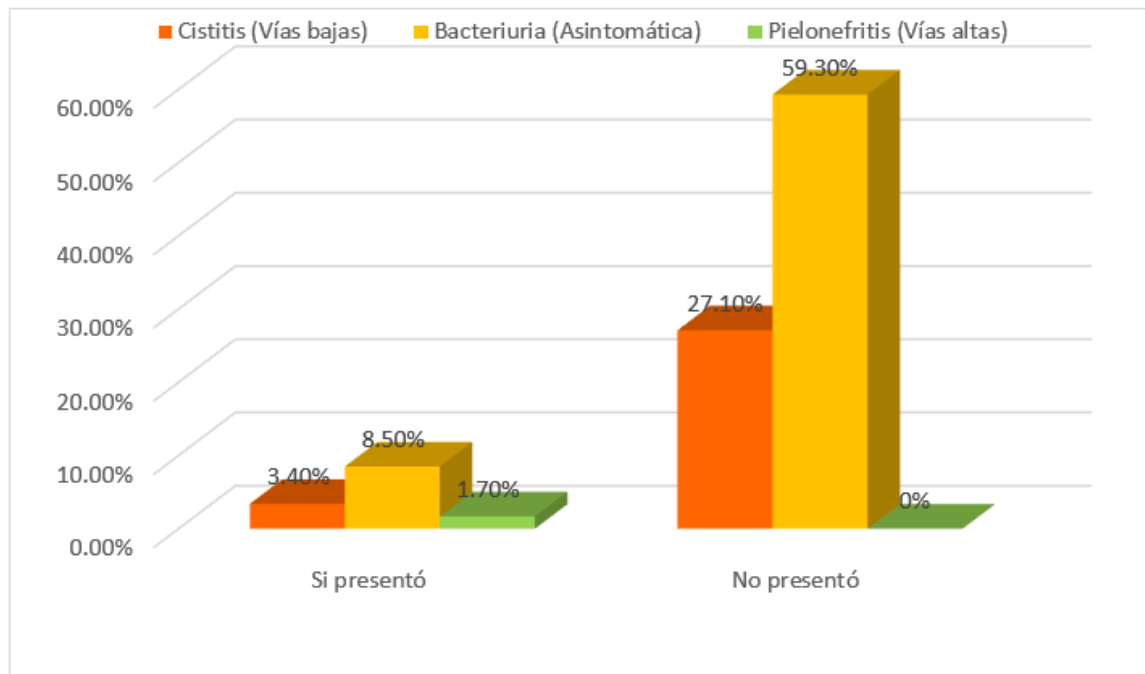
Ruptura de membranas ovulares	Tipos de ITU							
	Cistitis (Vías bajas)		Bacteriuria (Asintomática)		Pielonefritis (Vías altas)		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Si presentó	2	3.4	5	8.5	1	1.7	8	13.6
No presentó	16	27.1	35	59.3	0	0.0	51	86.4
Total:	18	30.5	40	67.8	1	1.7	59	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

REGLA DE DECISIÓN

$Chi^2_{cal.} = 6.50 > Chi^2_{tab.} 5.99 = Gl: 2 Ns: 0.019$

FIGURA 2



Fuente: Tabla 2



Figura 2. Se aprecia la relación de las variables ruptura de membranas ovulares (RMO) con el tipo de ITU. Encontramos que del 100% de los datos, 86.4% presentaron ruptura de membranas ovulares a término, mientras que 13.6% ruptura de membrana pretérmino.

27,1% y 3,4% de RMO o RPM al término fue en la línea de cistitis, respectivamente Resultados: De bacteriuria asintomática, 59,3% en tipo infección del tracto urinario al término, y entre pacientes RPM se encontró en 8,5%. Además, la pielonefritis (un tipo de infección del tracto urinario) tiene un 1,7% de RPM.

El análisis estadístico de Chi² se presenta a continuación. Después de que el χ^2_{cal} se hubiera intercambiado con un 5HP23, era el momento de comparar. Con un valor de 6,50, que es mayor que el χ^2_{tab} en 5,99, el grado de libertad se ve y se encuentra como 2, lo que lleva a un nivel de significancia alcanzado de 0,019, que está por debajo del NS 0,05. Se concluye a partir de los resultados de este estudio que existe una asociación estadísticamente significativa entre la ruptura de la membrana amniótica y la ITU.

Empleando las palabras de Vizcarra C. En su tesis de grado, informó que el 17% de las gestantes su complicación fue el RPM. (7). Tal como Ibarra A.; Simón G. En su investigación informaron que el 64% de las gestantes con RPM se relaciona a infecciones del tracto urinario. (16). En la presente tesis la presencia de la RMO fue 13.6%, porcentaje inferior a los reportado en el marco referencial.

Las infecciones urinarias con llevan a originar diferentes patológicas en la gestante

TABLA 3. AGENTE PATÓGENO RELACIONADO A ITU EN EL CENTRO DE SALUD ESTRATÉGICO DE PUTINA – 2023.

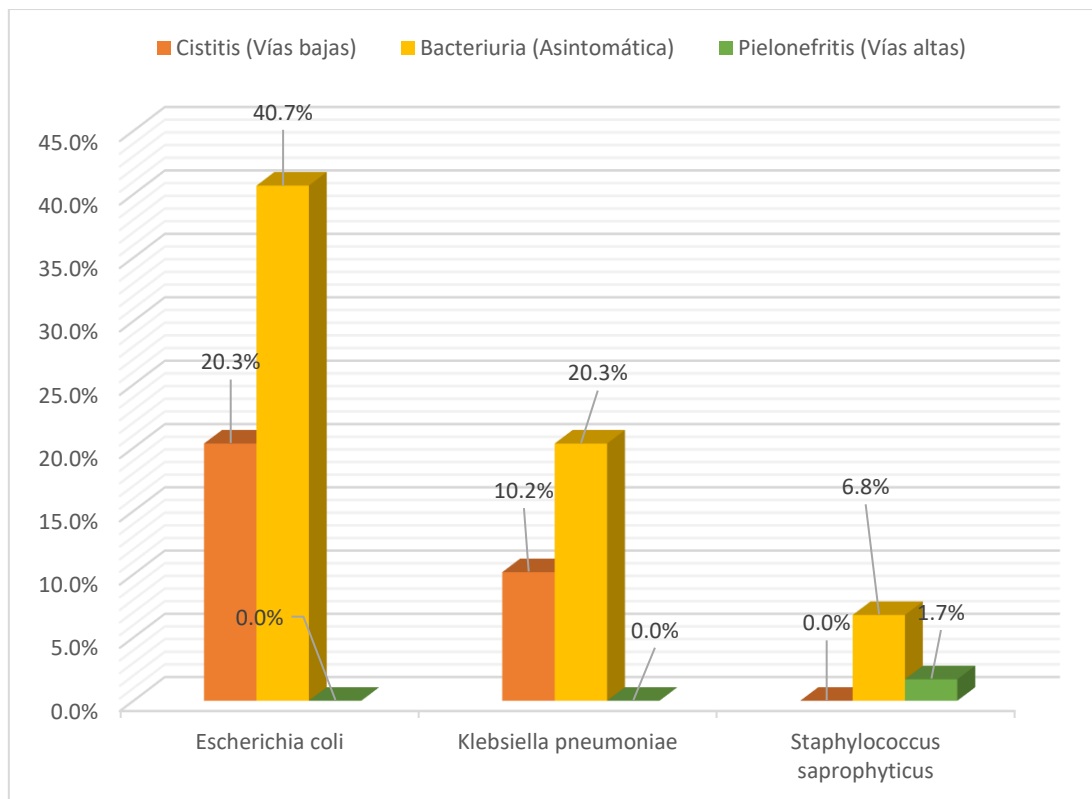
Agente patógeno	Tipos de ITU							
	Cistitis (Vías bajas)		Bacteriuria (Asintomática)		Pielonefritis (Vías altas)		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Escherichia coli	12	20.3	24	40.7	0	0.0	36	61.0
Klebsiella pneumoniae	6	10.2	12	20.3	0	0.0	18	30.5
Staphylococcus saprophyticus	0	0.0	4	6.8	1	1.7	5	8.5
Total:	18	30.5	40	67.8	1	1.7	59	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

REGLA DE DECISIÓN

$$\chi^2_{cal.} = 12.58 > \chi^2_{tab.} 9.49 = Gl: 4 \text{ Ns: } 0.013$$

FIGURA 3



Fuente: Tabla 3



Figura 3. Se aprecia la relación de las variables agente patógeno con el tipo de infección del tracto urinario. Encontramos que del 100% de los datos, 61.0% el agente patógeno fue *Escherichia coli*; 30.5% *Klebsiella pneumoniae*, y el 8.5% *Staphylococcus saprophyticus*.

En la columna de tipo de ITU cistitis: 20.3% el agente patógeno fue *Escherichia coli*; 10.2% *Klebsiella pneumoniae*. En la columna de tipo de infección del tracto urinario bacteriuria asintomática: 40.7% el agente fue *Escherichia coli*; 20.3% *Klebsiella pneumoniae*, y el 6.8% *Staphylococcus saprophyticus*. En la columna de tipo de infección del tracto urinario pielonefritis: 1.7% *Staphylococcus saprophyticus*.

Aquí se muestra el análisis estadístico de los juveniles de Inch^2 . El valor Chi^2 de 12,58 se compara con el puntaje actual $\text{Chi}^2_{\text{tab}}$ de 9,49 cuando se compara con los grados de libertad con respecto a los resultados, que son 4 y con una significación p de 0,013 ($\text{NS} < 0,05$). Este resultado muestra que tenemos evidencia estadísticamente significativa para sugerir que un patógeno está asociado con la infección del tracto urinario.

A juicio de Caycho R. Informó que el 55.7% el agente patógeno de la ITU fue *Escherichia coli*. (19). Según Jaramillo L.; Ordoñez K.; Jiménez A.; Uribe M. El microorganismo con mayor prevalencia fue la *Escherichia coli* con 34.8%. El agente patógeno con mayor frecuencia en las diferentes latitudes es la *Escherichia coli*. Siendo mayor en la tesis con 61%, el cual origina mayor presencia de complicaciones en la gestación.

TABLA 4. AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO RELACIONADO A ITU EN EL CENTRO DE SALUD ESTRATÉGICO DE PUTINA – 2023.

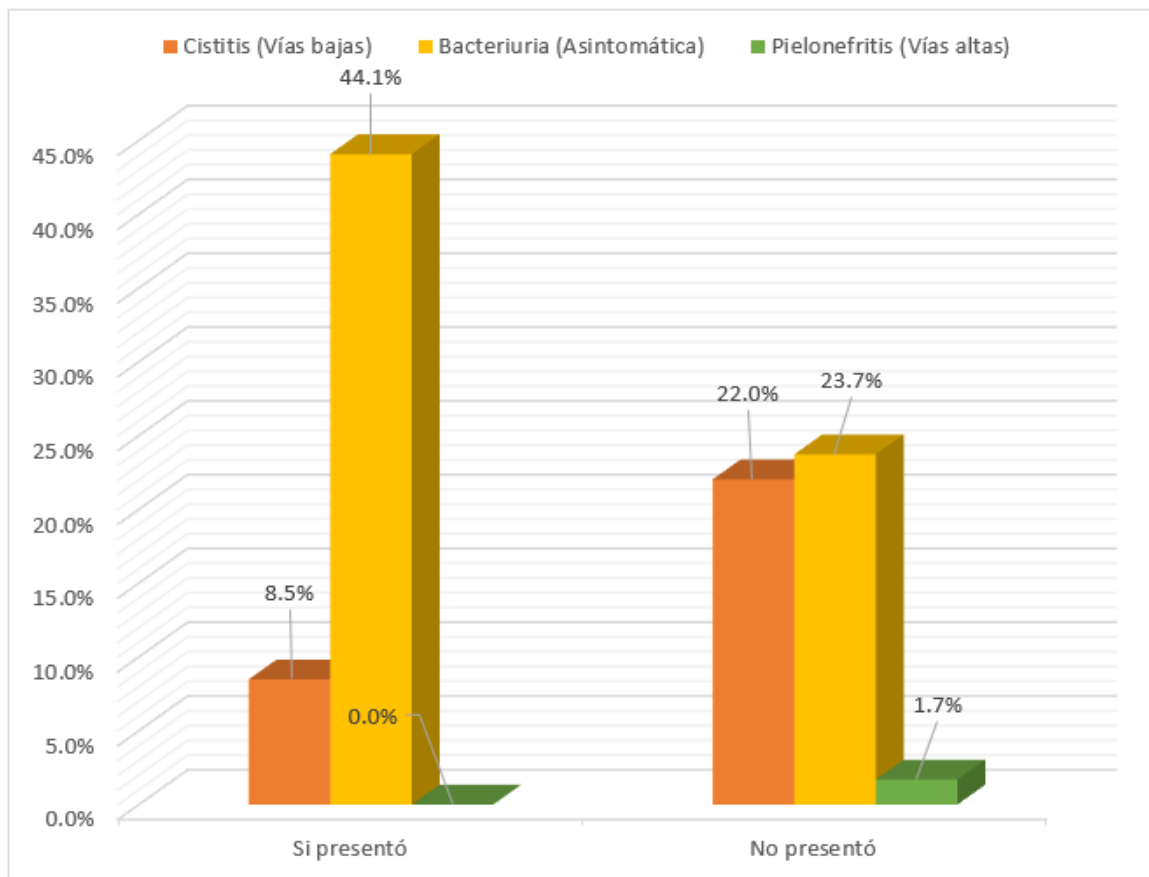
Amenaza de parto pretérmino	Tipos de ITU						Total	
	Cistitis (Vías bajas)		Bacteriuria (Asintomática)		Pielonefritis (Vías altas)			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Si presentó	5	8.5	26	44.1	0	0.0	31	52.6
No presentó	13	22.0	14	23.7	1	1.7	28	47.4
Total:	18	30.5	40	67.8	1	1.7	59	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

REGLA DE DECISIÓN

$$\text{Chi}^2_{\text{cal.}} = 6.72 > \text{Chi}^2_{\text{tab.}} 5.99 = \text{Gl: } 2 \text{ Ns: } 0.015$$

FIGURA 4



Fuente: Tabla 4

Figura 4. Se realizó una evaluación para reconocer el tipo de riesgo que prevalece entre el parto prematuro y las formas de ITU. El parto prematuro estuvo amenazado en el 52,6% de los casos y no en el 47,4% de ellos.

En la columna de la Tabla 7 denominada "tipo de infección de ITU cistitis", el veintidós por ciento de los casos no tenían riesgo de parto prematuro, mientras que el ocho y medio doce por ciento sí lo tenían. La bacteriuria asintomática fue el tipo predominante de infección del tracto urinario presente (44,1%), mientras que el 23,7% no tenía riesgo potencial de parto prematuro tardío. Aunque la pielonefritis, un tipo de infección del tracto urinario, se asocia con hasta un 40% de riesgo de parto prematuro, solo el 1% de los pacientes se presentaron por riesgo potencial de parto prematuro.

Aquí se muestra el análisis estadístico de χ^2 . El valor de chi cuadrado para χ^2_{cal} es mayor que el de la tabla de χ^2 en comparación. Luego, se verificarán los grados de libertad y se encontrará 2, lo que informa un valor P de 0,015; por lo tanto, concluimos que alcanzó un nivel significativo, es decir, menor que el recuento de NS en un intervalo de confianza de 0,05 y menor que 0,5 tradicionalmente.

Empleando las palabras de Dueñas E. Dando a conocer que el 22.7% de las participantes del estudio presentaron amenaza a parto. (18) Como dice Capucho A. (6) Al culminar la tesis se observó que el 52.6% de las gestantes exteriorizaron signos de amenaza de parto pretérmino.

TABLA 5. TRASTORNOS HIPERTENSIVOS RELACIONADO A ITU EN EL CENTRO DE SALUD ESTRATÉGICO DE PUTINA – 2023.

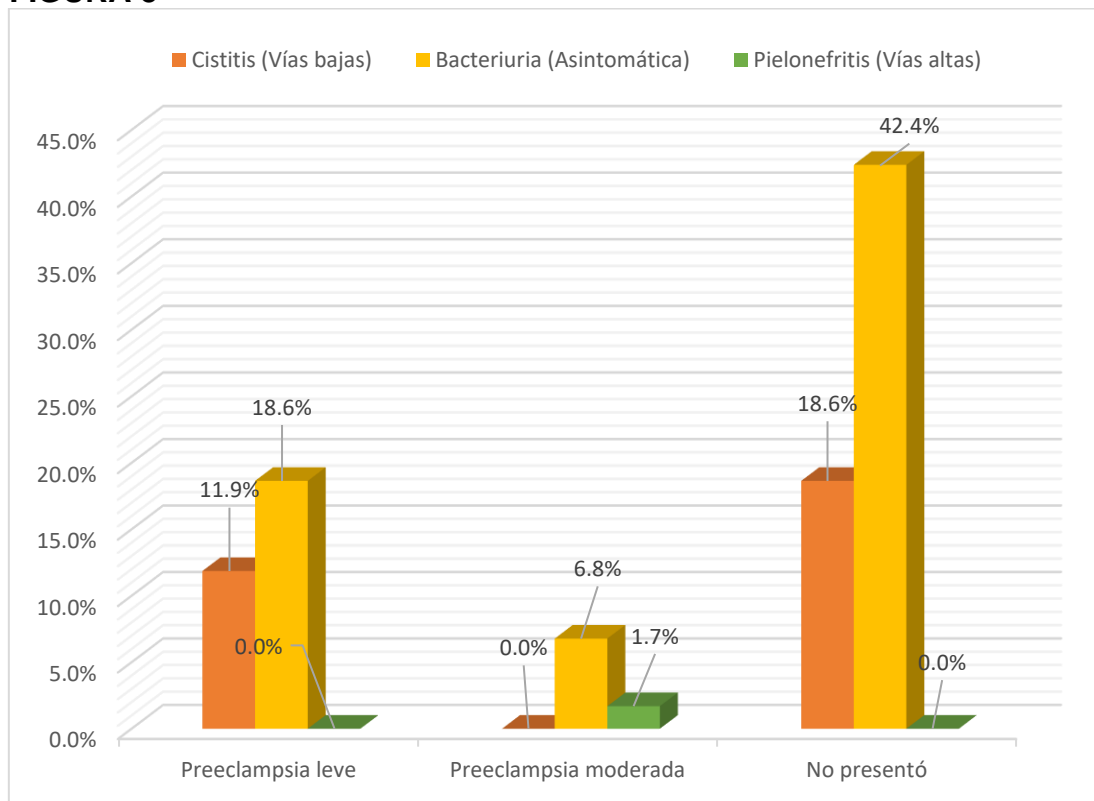
Trastornos Hipertensivos	Tipos de ITU						Total	
	Cistitis (Vías bajas)		Bacteriuria (Asintomática)		Pielonefritis (Vías altas)			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Preeclampsia leve	7	11.9	11	18.6	0	0.0	18	30.5
Preeclampsia moderada	0	0.0	4	6.8	1	1.7	5	8.5
No presentó	11	18.6	25	42.4	0	0.0	36	61.0
Total:	18	30.5	40	67.8	1	1.7	59	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

REGLA DE DECISIÓN

$Chi^2_{cal.} = 12.98 > Chi^2_{tab.} 9.49 = Gl: 4 Ns: 0.011$

FIGURA 5



Fuente: Tabla 5



Figura 5. Se ha encontrado la relación entre los factores, los trastornos hipertensivos y el tipo de ITU. Tras examinar todos los datos, se encontró un 35% de casos de preeclampsia leve, un 8-5% de preeclampsia moderada y un 7,3% de casos sin proceso hipertensivo.

En la columna de tipo de infección del tracto urinario cistitis: 11.9% presentaron preeclampsia leve, 61% no presentó proceso hipertensivo. En la columna de tipo de infección del tracto urinario bacteriuria asintomática: 18.6% con preeclampsia leve, 6.8% preeclampsia moderada y el 42.4% no presentó ningún proceso hipertensivo. En la columna de tipo de infección del tracto urinario pielonefritis: 1.7% mostraron preeclampsia moderada.

Para la investigación estadística se utilizó el estadístico Chi². El Chi²_{cal} funciona como perdedor/comparador. 12,98 es mayor que el valor Chi²_{tab} de 9,49. Luego observamos los grados de libertad, que en este caso son 4. El nivel bajo

Empleando las palabras de Vizcarra C. Su estudio en la zona de Puno reveló que el 17% de las embarazadas que participaron fueron diagnosticadas con PE leve o moderada después del parto. (7). En el presente estudio se observó que la preeclampsia leve se presentó 30.5%, siendo superior al mostrado por Vizcarra C.

TABLA 6. PESO DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADO A ITU EN EL CENTRO DE SALUD ESTRATÉGICO DE PUTINA – 2023.

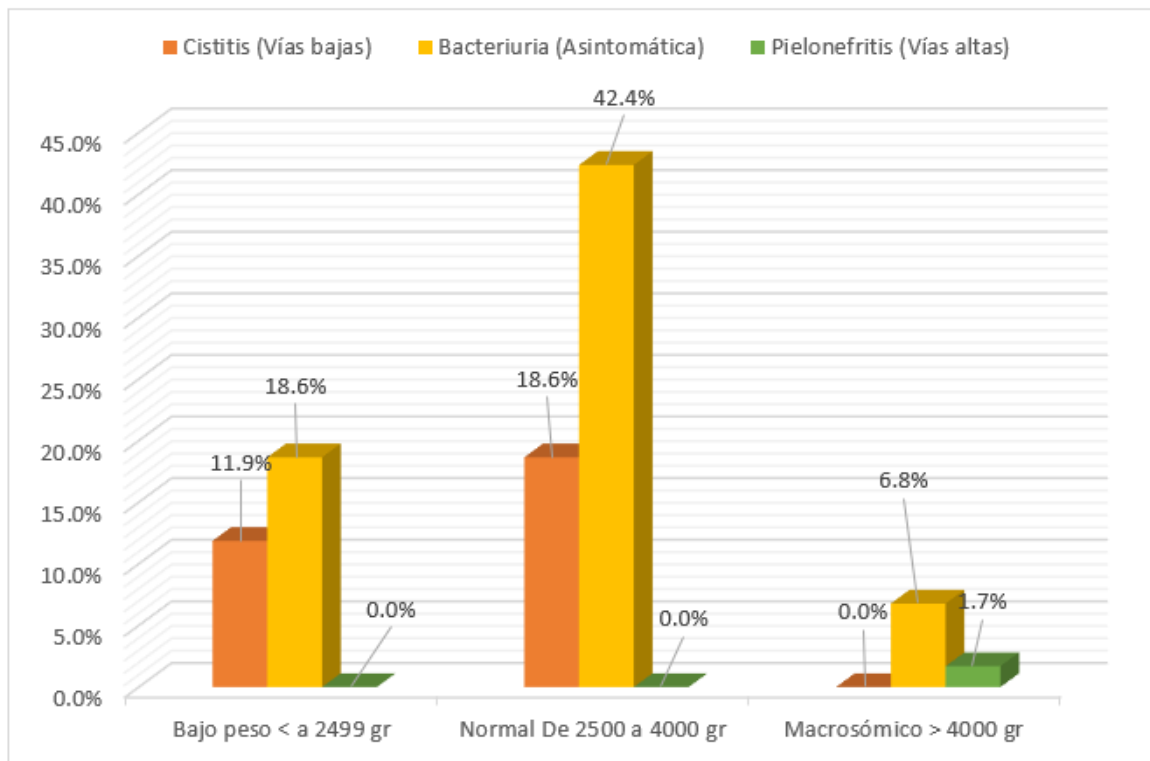
Peso del recién nacido	Tipos de ITU							
	Cistitis (Vías bajas)		Bacteriuria (Asintomática)		Pielonefritis (Vías altas)		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Bajo peso. Menor a 2500 gramos	7	11.9	11	18.6	0	0.0	18	30.5
Peso normal 2500 a 3999 gramos	11	18.6	25	42.4	0	0.0	36	61.0
Macrosómico 4000 gramos a más	0	0.0	4	6.8	1	1.7	5	8.5
Total:	18	30.5	40	67.8	1	1.7	59	100

Fuente: Ficha de recolección datos.

REGLA DE DECISIÓN

$Chi^2_{cal.} = 12.98 > Chi^2_{tab.} 9.49 = GI: 4 Ns: 0.017$

FIGURA 6



Fuente: Tabla 6



La relación entre las variables peso del lactante y tipo de ITU se muestra en la **figura 6**. Esta se muestra en una representación gráfica. Los resultados indicaron que el 61% de los lactantes presentaron peso adecuado, acompañado de un 30,5% de bajo peso al nacer (menos de 2499g) y un 8,5% de neonatos macrosómicos.

En la columna de Tipo de cistitis por contaminación del lote urinario: el 18,6% presentó peso suficiente, seguido de un 11,9% de peso insuficiente. En la sección de bacteriuria asintomática por contaminación urinaria: el 42,4% tenía un peso satisfactorio, el 18,6% tenía un peso inferior al normal y el 6,8% era macrosómico. En la sección de tipo de enfermedad de la parcela urinaria pielonefritis: el 1,7% eran macrosómicos.

Aquí se realizó el examen factual χ^2 . En esa correlación general, χ^2_{cal} . más notable que χ^2_{tab} (12,98). valor de 9,49. A continuación, en ese punto, se muestran los niveles de oportunidad y esto da como resultado un valor de 4. La importancia fue de p por debajo de 0,05 (el nivel que deseamos ver) y el nivel principal al que se llegó fue de 0,017. Esto nos permite inferir que existe una conexión medible entre la pesadez del niño y la presencia de contaminación urinaria.

Utilizando las expresiones de Suejiro J., vimos que como el 4,4% de las mujeres embarazadas tenían bebés con bajo peso al nacer. (5) Como lo hace notar Trujillo R. 35% bajo peso al nacer. Al culminar el trabajo se visualizó que el bajo peso fue 30.5% siendo inferior al reportado por Trujillo R.

Se asevera que existe una relación entre el peso inadecuado o bajo del recién nacido con las infecciones urinarias.

TABLA 7. SEPSIS NEONATAL RELACIONADO A ITU EN EL CENTRO DE SALUD ESTRATÉGICO DE PUTINA – 2023.

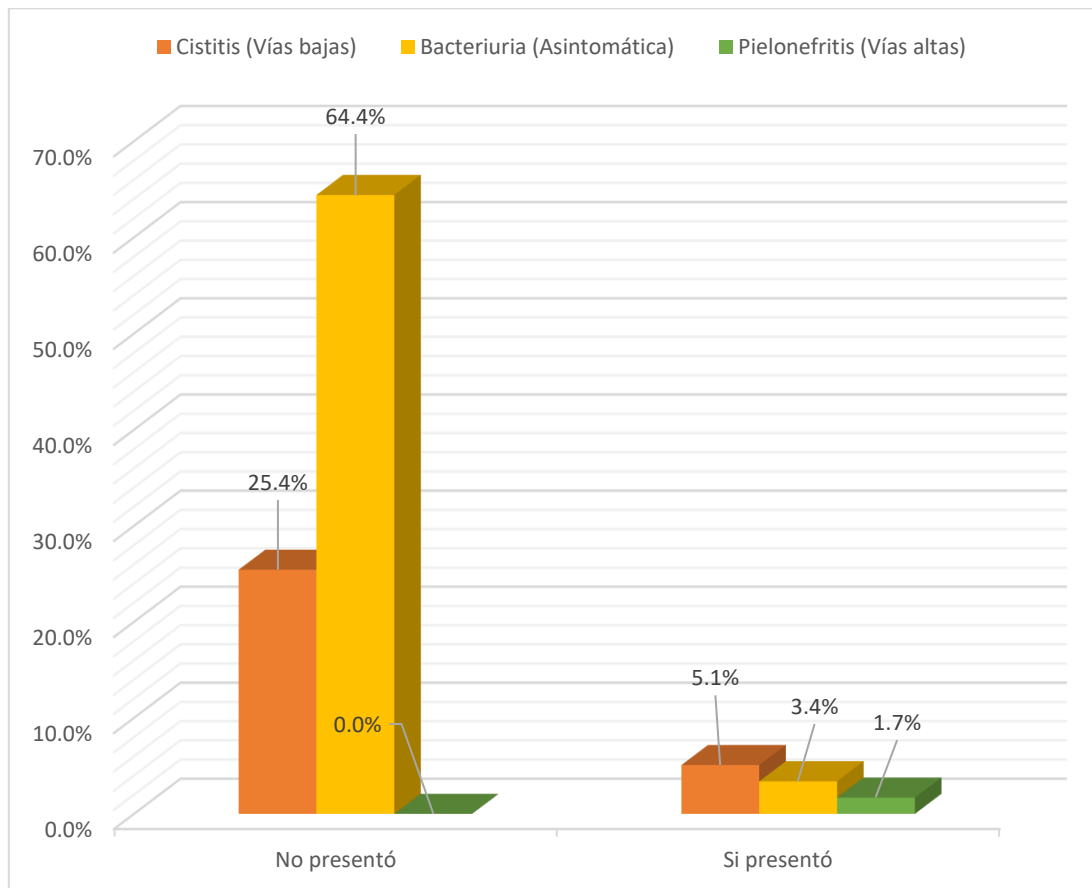
Sepsis neonatal	Tipos de ITU						Total	
	Cistitis (Vías bajas)		Bacteriuria (Asintomática)		Pielonefritis (Vías altas)			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
No presentó	15	25.4	38	64.4	0	0.0	53	89.8
Si presentó	3	5.1	2	3.4	1	1.7	6	10.2
Total:	18	30.5	40	67.8	1	1.7	59	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

REGLA DE DECISIÓN

$$\text{Chi}^2_{\text{cal.}} = 9.78 > \text{Chi}^2_{\text{tab.}} 5.99 = \text{Gl: } 2 \text{ Ns: } 0.003$$

FIGURA 7



Fuente: Tabla 7

Figura 7. Se aprecia la relación de las variables sepsis neonatal con el tipo de infección del tracto urinario. Encontramos que del 100% de los datos, 10.2% de los recién nacidos presentaron sepsis neonatal mientras que el 89.8% no presentó.

En cuanto al tipo de infección del tracto urinario cistitis, el 5,1% de los pacientes tenían sepsis neonatal mientras que el 25,4% de los pacientes no tenían sepsis neonatal. En cuanto al tipo de infección del tracto urinario denominada bacteriuria asintomática e infecciones del tracto urinario, el 3,4% de los pacientes tenían sepsis neonatal mientras que el 64,4% no tenían sepsis neonatal. Además, el porcentaje de pacientes en la columna del tipo de pielonefritis del tracto urinario en el 1,7% no sufrieron sepsis neonatal.

El análisis estadístico de Chi² se muestra en la figura siguiente. El valor de Chi²_{cal} (9,78) se compara con el valor de Chi²_{tab} (5,99 y grado de libertad = 2) y se descubrió que un nivel de significación de 0,003 es menor que NS = 0,05. El resultado que prueba esto es que existe una relación estadísticamente significativa entre las ITU y la sepsis del recién nacido.

Teniendo en cuenta a Serdán D.; Vásquez K.; Yupa A. Informa los recién nacidos tiene mayor riesgo de presentar sepsis neonatal, con un 17%. (13). Desde la posición de Aguilar K. Informó que una de las complicaciones del recién nacido fue la sepsis neonatal con 1.8%. (20) Desde el punto de vista Quispe L Informó que el 41.7% de los recién nacidos presentaron sepsis neonatal. (25) En el estudio se encontró que el 10.2% presentaron sepsis neonatal.

Como se evidencia una de las complicaciones que se puede presentar con relación a las infecciones del tracto urinario es la sepsis neonatal.

TABLA 8. RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO RELACIONADO A ITU EN EL CENTRO DE SALUD ESTRATÉGICO DE PUTINA – 2023.

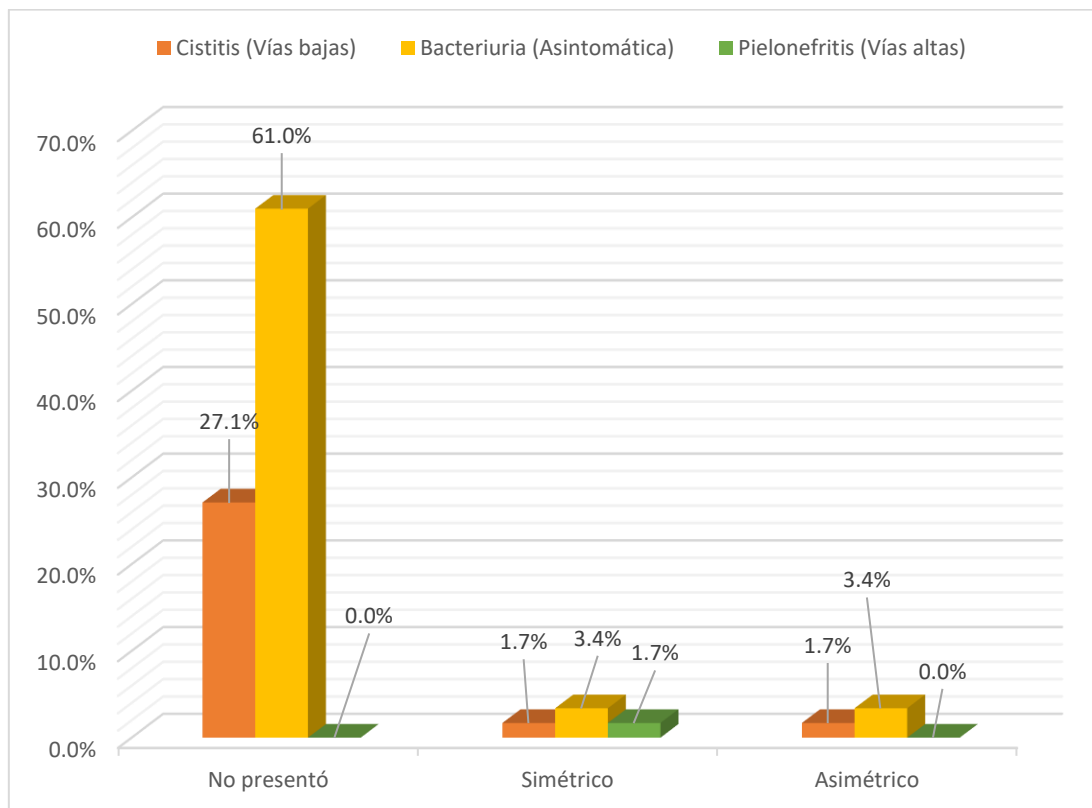
Retardo del crecimiento intrauterino	Tipos de ITU						Total	
	Cistitis (Vías bajas)		Bacteriuria (Asintomática)		Pielonefritis (Vías altas)			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
No presentó	16	27.1	36	61.0	0	0.0	52	88.1
Simétrico	1	1.7	2	3.4	1	1.7	4	6.8
Asimétrico	1	1.7	2	3.4	0	0.0	3	5.1
Total:	18	30.5	40	67.8	1	1.7	59	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

REGLA DE DECISIÓN

$$\text{Chi}^2_{\text{cal.}} = 14.00 > \text{Chi}^2_{\text{tab.}} 9.49 = \text{Gl: } 4 \text{ Ns: } 0.000$$

FIGURA 8



Fuente: Tabla 8



Figura 8. Se valora la relación de las variables retardo del crecimiento intrauterino con el tipo de infección del tracto urinario. Encontramos que del 100% de los datos, 6.8% presentaron retardo del crecimiento intrauterino simétrico, y el 5.1% presentaron retardo del crecimiento intrauterino asimétrico, mientras que el 88.1% no presentó.

En la columna de tipo de infección del tracto urinario cistitis: 1.7% presentaron RCIU simétrico y asimétrico; opuestamente el 27.1% no presentó. En la columna de tipo de infección del tracto urinario bacteriuria asintomática: 3.4% presentaron RCIU simétrico y asimétrico; inversamente el 61% no presentó. En la columna de tipo de infección del tracto urinario pielonefritis: 1.7% presentaron RCIU simétrico.

Esto se muestra ahora mediante el análisis estadístico de χ^2 . Se comparan χ^2_{cal} . 14.00 y χ^2_{tab} ; se obtuvo un valor de signo más alto que depende de los resultados de la prueba T en BCS versus CS: -9,49 y valor histórico -3,304 mientras que el valor significativo positivo significa que la variable tiene un efecto positivo o un mejor desempeño en la comprensión de un concepto en ese caso.

En las palabras de **Quispe J.; Najarro V.** Informo que el estudio realizado el retardo del crecimiento intrauterino se presentó con 1.8% (22). Como se aprecia en la investigación efectuada el retardo del crecimiento fue 11.9%, porcentajes superiores.

Se afirma que el RCIU, es una complicación neonatal que se presenta, aun con porcentajes inferiores.

TABLA 9. APGAR AL MINUTO RELACIONADO A ITU EN EL CENTRO DE SALUD ESTRATÉGICO DE PUTINA – 2023.

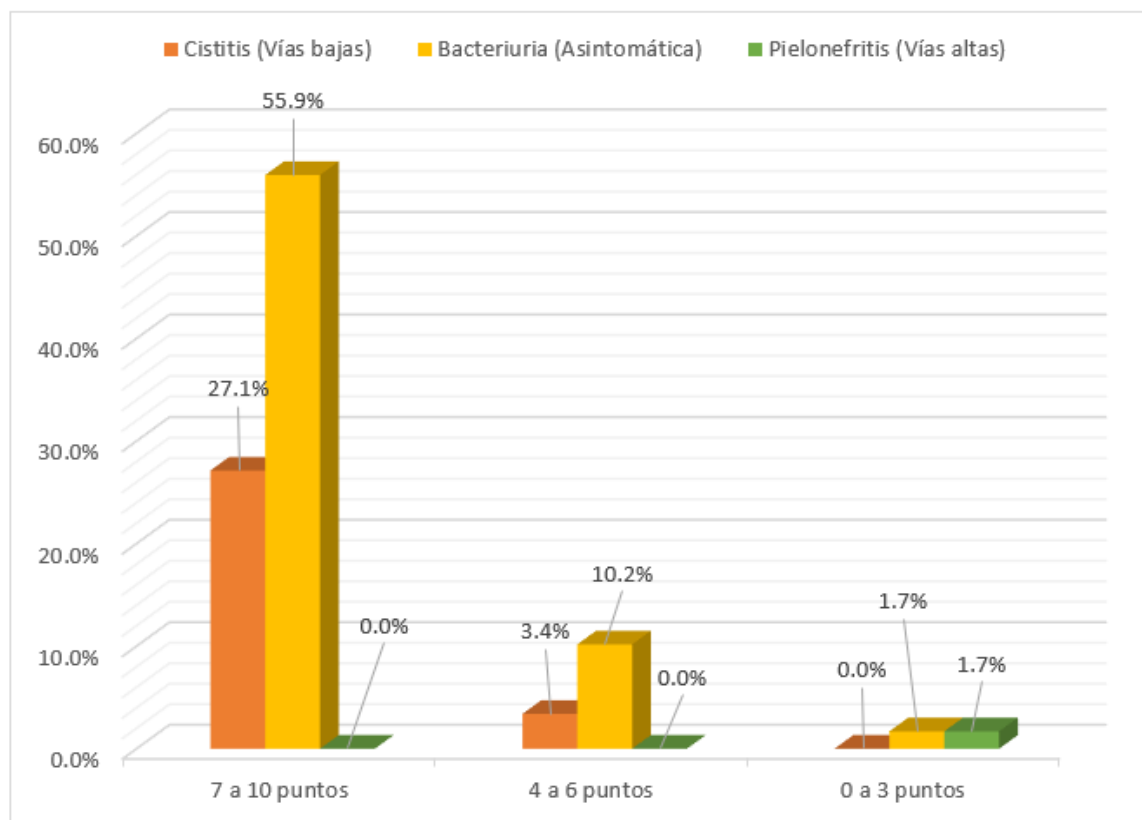
Apgar al minuto	Tipos de ITU						Total	
	Cistitis (Vías bajas)		Bacteriuria (Asintomática)		Pielonefritis (Vías altas)			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
7 a 10 puntos	16	27.1	33	55.9	0	0.0	49	83.0
4 a 6 puntos	2	3.4	6	10.2	0	0.0	8	13.6
0 a 3 puntos	0	0.0	1	1.7	1	1.7	2	3.4
Total:	18	30.5	40	67.8	1	1.7	59	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

REGLA DE DECISIÓN

$$\text{Chi}^2_{\text{cal.}} = 29.42 > \text{Chi}^2_{\text{tab.}} 9.49 = \text{Gl: } 4 \text{ Ns: } 0.000$$

FIGURA 9



Fuente: Tabla 9



Figura 9. Se aprecia la relación de las variables Apgar al minuto con el tipo de infección del tracto urinario. Encontramos que del 100% de los datos, 83.0% presentaron Apgar de 7 a 10; seguido del 13.6% de 4 a 6, mientras que el 3.4% el Apgar fue de 0 a 3 puntos.

En la columna de tipo de infección del tracto urinario cistitis: 27.1% presentaron Apgar de 7 a 10; seguido del 3.4% Apgar de 4 a 6. En la columna de tipo de infección del tracto urinario bacteriuria asintomática: 55.9% presentaron Apgar de 7 a 10; continuado del 10.2% de 4 a 6, mientras que el 1.7% el Apgar fue de 0 a 3 puntos. En la columna de tipo de infección del tracto urinario pielonefritis: 1.7% presentaron Apgar de 0 a 3 puntos.

El análisis estadístico empleó la estadística Chi². Chi²_{cal} se compara con la opción other y 29,42 en contra de Chi²_{tab}. El último en particular tiene un nivel de significación de 0,000, que es inferior a nuestro nivel de significación crítico de 0,05. Esto demuestra que c está bien ordenado la frecuencia del resultado, se muestra que es <0,000 al menos en este ejemplo que teníamos.

Empleando las palabras de Vizcarra C. manifestó que el 9.4% presentaron Apgar de 4 a 6 puntos. (7)

En la tesis se encontró que el 13.6% de los recién nacidos presentaron valores de Apgar de 4 a 6 puntos. Porcentaje superior al mostrado por Vizcarra.

Se asevera que los valores del Apgar en los recién nacidos de madres con infecciones urinarios son un alto porcentaje adecuados.

TABLA 10. EDAD GESTACIONAL RELACIONADO A ITU EN EL CENTRO DE SALUD ESTRATÉGICO DE PUTINA – 2023.

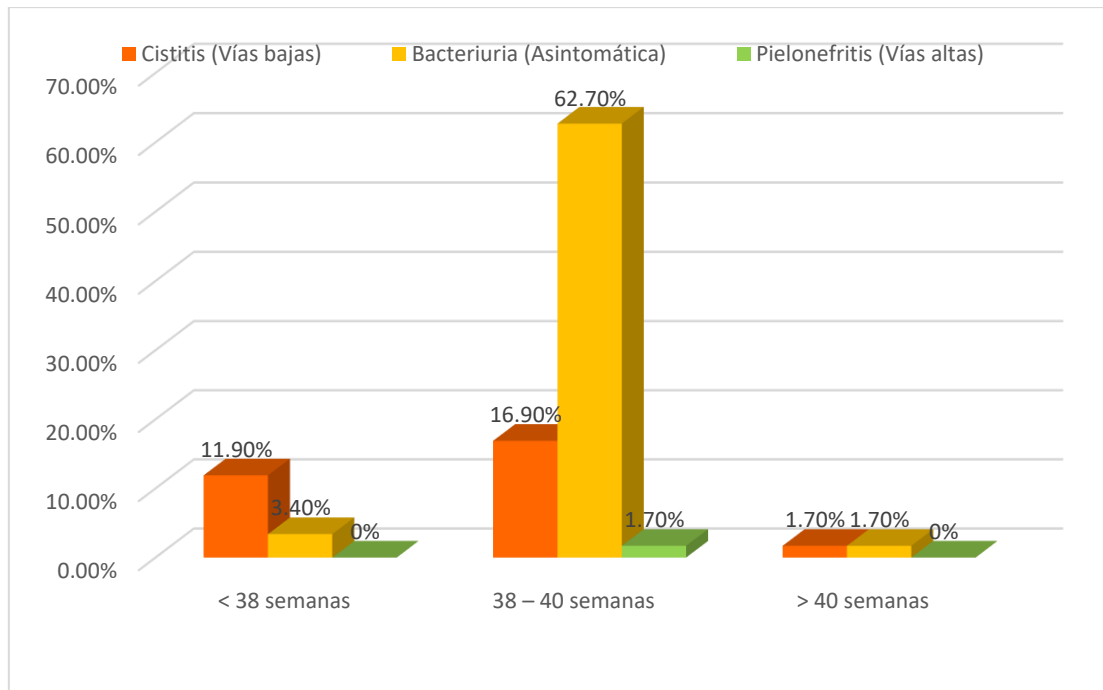
Edad gestacional	Tipos de ITU							
	Cistitis (Vías bajas)		Bacteriuria (Asintomática)		Pielonefritis (Vías altas)		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
< 38 semanas	7	11.9	2	3.4	0	0.0	9	15.3
38 – 40 semanas	10	16.9	37	62.7	1	1.7	48	81.3
> 40 semanas	1	1.7	1	1.7	0	0.0	2	3.4
Total:	18	30.5	40	67.8	1	1.7	59	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

REGLA DE DECISIÓN

$\chi^2_{cal.} = 12.00 > \chi^2_{tab.} 9.49 = GI: 4 Ns: 0.002$

FIGURA 10



Fuente: Tabla 10



Figura 10. Se aprecia la relación de las variables edad gestacional con el tipo de infección del tracto urinario. Encontramos que del 100% de los datos, 81.3% presentaron de 38 a 40 semanas, seguido del 15.3% fueron menores de 38 semanas, y 3.4% mayores de 40 semanas.

En la columna de tipo de infección del tracto urinario cistitis: 16.9% su E.G. era de 38 a 40 semanas, seguido del 11.9% E.G. menor de 38 semanas, y 1.7% mayores de 40 semanas. En la columna de tipo de infección del tracto urinario bacteriuria asintomática: 62.7% E.G. de 38 a 40 semanas, continuando el 3.4% E.G. menor de 38 semanas, y 1.7% mayores de 40 semanas. En la columna de tipo de infección del tracto urinario pielonefritis: 1.7% su E.G. era de 38 a 40 semanas.

Se presentan aquí los análisis estadísticos χ^2 . Luego se encuentran los grados de libertad y son cuatro; $p = 0.002$ se observa como un nivel de significancia menor que $NS < 0.05$ con el χ^2_{cal} . El $\chi^2_{1,3^*}$ fue mayor que el valor de comparación 12.00. 9.49. En consecuencia, se podría asumir que parece existir una asociación entre la edad de concepción de la madre y la existencia de ITU de manera estadísticamente significativa.

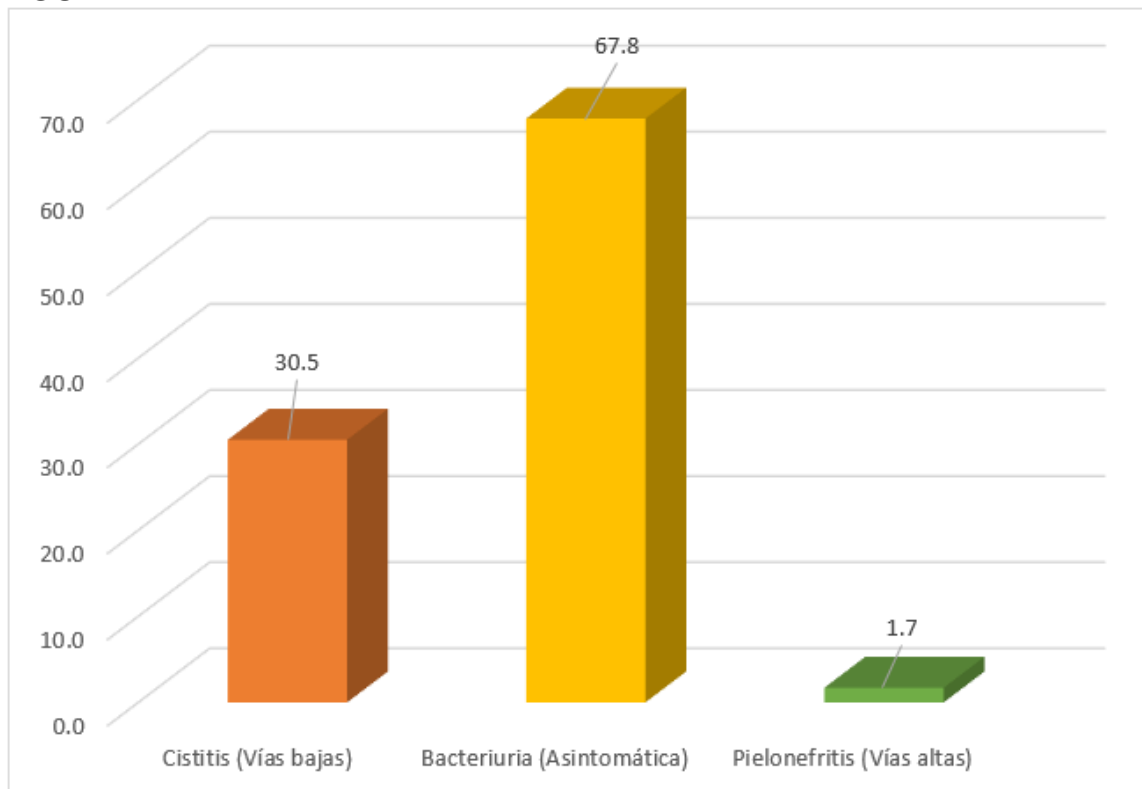
Empleando las palabras de Aguilar R.; Mendoza N. demostraron que el 45.8% cursaban el segundo trimestre de gestación. (4). Dicho con palabras de Quezada M. Informó que el 70% su E.G. estaba entre las 38 a 40 semanas. (23). En la opinión de Espinal G. La edad gestacional más frecuente fue la de 38 a 40 semanas con 73.6%. (24). Como expresa Quezada y Espinal la edad gestacional con mayor relación a la ITU es de 38 a 40 semanas.

TABLA 11. ITU EN EL CENTRO DE SALUD ESTRATÉGICO DE PUTINA – 2023.

Tipos de ITU		
	fi	%
Cistitis (Vías bajas)	18	30.5
Bacteriuria (Asintomática)	40	67.8
Pielonefritis (Vías altas)	1	1.7
Total	59	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

FIGURA 11



Fuente: Tabla 11



Figura 11. El tipo de infección del tracto urinario está documentado específicamente. Según nuestros hallazgos, tomando todos los datos en conjunto, el 67,8% de las mujeres embarazadas fueron diagnosticadas con bacteriuria asintomática, el 30,5% con cistitis y el 1,7% con pielonefritis.

Como argumenta Mamani L. en su estudio, detallando que el 70.3% presentaron bacteriuria asintomática. (27)

A juicio de Jihuallanca D. en su tesis. Informó que el 76% de las gestantes tuvieron bacteriuria asintomática. (26)

Como afirma Valdez L. En su investigación realizada en el Callao, el 70.3% de las participantes se les diagnosticó bacteriuria asintomática. (21)

Como expresa Llasag R. En su investigación encontró que el 36% de las gestantes presentaron bacteriuria asintomática. (14)

Al culminar la investigación se encontró que la infección urinaria más frecuente es la bacteriuria asintomática con 67.8%

Estos hallazgos respaldan la idea de que la orina se retiene debido a la compresión que el útero ejerce sobre la vejiga, lo que la convierte en un entorno más favorable para el crecimiento de los gérmenes en el sistema urinario.



CONCLUSIONES

- PRIMERA:** Se determinó la investigación en el Centro Estratégico de Salud de Putina — 2023 reveló que las infecciones del tracto urinario estaban relacionadas con problemas durante el embarazo y los recién nacidos. Se acepta la hipótesis.
- SEGUNDA:** Se identificó que las complicaciones en el embarazo como son: amenaza de aborto si presentó 17% (NS=0.0013), ruptura de membrana ovulares pretérmino 13.6% (NS=0.0019), agente patógeno como la Escherichia coli 61% (NS=0.0013), amenaza de parto pretérmino 52.6% (NS=0.0015) y trastornos hipertensivos como la preeclampsia leve 30.5% (NS=0.0011), reflejan el número de casos de infecciones del tracto urinario que se tratan en el Centro Estratégico de Salud de Putina. Se acepta la hipótesis.
- TERCERA:** Se estableció que complicaciones en el recién nacido como son: peso bajo del recién nacido 30.5% (NS=0.0017), sepsis neonatal 10.2% (NS=0.0003), retardo del crecimiento intrauterino simétrico 6.8% (NS=0.000), Apgar al minuto de 4 a 6 puntos 13.6% (NS=0.0000), edad gestacional < 38 semanas 15.3% (NS=0.0002), reflejan el número de casos de infecciones del tracto urinario que se tratan en el Centro Estratégico de Salud de Putina. Se acepta la hipótesis.
- CUARTA:** Se evidenció que el tipo de infección del tracto urinario más frecuente es la bacteriuria asintomática con 67.8%, en el Centro de Salud Estratégico de Putina.



RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Al Jefe del Centro de Salud Estratégico de Putina, a quien se recomienda coordinar con el Centro Estratégico de Salud de Putina, con el propósito de reducir la morbilidad y mortalidad materno-fetal por descuido de las embarazadas atendidas en el establecimiento de salud, para posibilitar la detección temprana de complicaciones del embarazo y neonatales asociadas a las ITU.
- SEGUNDA:** Al Jefe del Centro de Salud Estratégico de Putina se recomienda incrementar el nivel de concientización y orientación a las mujeres embarazadas sobre las complicaciones en el embarazo como amenaza, ruptura de membranas ovulares, amenaza de parto prematuro, trastornos hipertensivos a los que están sujetas, incluyendo la infección del tracto urinario, y de esta manera pueden participar en la detección temprana, diagnóstico para que un plan de acción brinde un abordaje integral de estas patologías.
- TERCERA:** Al Jefe del Centro de Salud Estratégico de Putina, se recomienda, prevenir las complicaciones del recién nacido como bajo peso al nacer, sepsis neonatal, valores bajos de Apgar, y recién nacidos pretérmino y reducir la morbilidad y mortalidad neonatal, de los recién nacidos, atendidos en la jurisdicción.
- CUARTA:** A los profesionales de Obstetricia y bachilleres se recomienda realizar estudios similares para determinar la prevalencia de las infecciones del tracto urinario y prevenir sus complicaciones que se puedan presentar en la población que se atiende en el establecimiento de salud.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perez-Sánchez A, Donoso E. Obstetricia. 4th ed. Santiago de Chile: Mediterraneo; 2017.
2. Herráiz M, Hernández A, Asenjo E. Infección del tracto urinario en la embarazada. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosasmicrobiologia-clinica-28-articulo-infeccion-del-tracto-urinarioembarazada-13091447>. 2005 diciembre; 23(54): p. 40 - 46.
3. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 7th ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2016.
4. Aguilar R, Mendoza N. Abordaje de las Infecciones de Vías Urinarias en embarazadas en el puesto de salud La Providencia. León, marzo - abril 2018. Tesis para optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía. León: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua., Facultad de ciencias médicas ; 2021.
5. Suejiro J. Infección de tracto urinario en gestantes en relación a la morbilidad del recién nacido en el Centro Materno Infantil Piedra Liza, julio a diciembre 2021. Tesis. Lima: Universidad nacional Mayor de San Marcos, Escuela profesional de Obstetricia; 2023.
6. Capucho A. "Determinar las complicaciones en gestantes con infecciones del tracto urinario en el HRDMIC 2016 – 2017". Huancayo: Universidad Peruana Los Andes, Facultad de Medicina Humana; 2019.
7. Vizcarra C. Complicaciones obstétricas y neonatales relacionadas a los tipos de infecciones urinarias en gestantes atendidas en el hospital III Essalud Juliaca, 2021. Tesis. Juliaca: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, Facultad de ciencias de la Salud; 2022.
8. Gómez Y. Determinantes que influyen a infección del tracto urinario en gestantes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2020. Tesis. Juliaca: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, Facultad de ciencias de la Salud; 2021.



9. Hidalgo J. Prevalencia y factores asociados a infecciones del tracto urinario en gestantes atendidas en el Centro de Salud Lumud durante los años 2018 - 2021. Tesis para optar Título Profesional de Médico Cirujano. Lima: Universidad Nacional Federico Villareal, Facultad de medicina; 2023.
10. Martín S. Factores de riesgo de la infección del tracto urinario en gestantes del servicio de gestantes con complicaciones del hospital de contingencia Hermilio Valdizan Medrano de abril a setiembre 2018. Tesis. Huánuco: Universidad de Huánuco, Facultad de ciencias de la Salud; 2021.
11. Jaramillo L, Ordoñez K, Jiménez A, Uribe M. "Perfil clínico y epidemiológico de gestantes con infección del tracto urinario y bacteriuria asintomática que consultan a un hospital de mediana complejidad de Antioquia (Colombia)". Revista Archivos de Medicina (Manizales). <https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/3877>. 2021 enero - junio; 21(1).
12. Ortiz M, Corona E, Cariño R, Fernández E. Infecciones del tracto urinario en mujeres embarazadas mexicanas: una revisión sistemática. México 2022. Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. 2022; 10(20).
13. Serdán D, Vásquez K, Yupa A. Las infecciones en el tracto urinario en la mujer embarazada y su incidencia en la morbilidad y mortalidad de neonatos Ecuador 2020.. Universidad, Ciencia y tecnología. 2020 noviembre; 24(106).
14. Llasag R. Factores de riesgo de infecciones de vías urinarias en embarazadas de 18 a 30 años, atendidas en el centro de salud tipo c las palmas de esmeraldas.. Tesis. Esmeraldas Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Escuela de Enfermería; 2019.
15. Góngora L. Factores de riesgo que influyen en las infecciones de vías urinarias en gestantes que acuden al Centro de Salud Tipo C. Las Palmas de Esmeraldas.. Tesis. Esmeraldas: Universidad Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Escuela de Enfermería; 2019.
16. Ibarra A, Simón G. "infección del tracto urinario y su relación con la Ruptura prematura de membranas en gestantes Hospital Regional De Pucallpa



- marzo – julio 2021” Huánuco 2022.. Tesis. Huánuco : Universidad Nacional Hermilio Valdizán, Facultad de Obstetricia; 2022.
17. Trujillo R. “Partos pretérminos asociados a las infecciones del tracto urinario en el Hospital Regional de Pucallpa año 2018”.. Tesis de segunda especialidad. Huánuco: Universidad de Huánuco, Escuela de posgrado; 2021.
 18. Dueñas E. Complicaciones de la infección del tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica enero a junio, 2018”.. Tesis. Huacavelica: Universidad Nacional de Huancavelica, Facultad de ciencias de la Salud; 2019.
 19. Caycho R. Etiología microbiológica más frecuente de infecciones del tracto urinario en gestantes del Hospital Nacional Hipólito Unanue. 2020. Tesis. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista, Facultad de ciencias de la Salud; 2020.
 20. Aguilar K. Infección del tracto urinario en gestantes del Tercer trimestre con complicaciones en el Embarazo y el recién nacido atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz De Puente Piedra. 2018.. Tesis. Lima: Universidad San Martin de Porras, Facultad de Obstetricia y enfermería; 2020.
 21. Valdez L. “Complicaciones de las infecciones del tracto urinario en Gestantes atendidas en el Hospital de Ventanilla - Callao 2018. Tesis. Lima: Universidad San Martin de Porras, Escuela profesional de Osbtetrcia; 2019.
 22. Quispe J, Najarro V. Complicaciones materno perinatales asociados a las infecciones de tracto urinario. Hospital de Apoyo Jesús Nazareno enero abril 2019. Tesis. Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbla de Huamanga., Facultad de ciencias de la Salud; 2019.
 23. Quezada M. Determinantes que se asocian a las infecciones del tracto urinario en gestantes del Centro de Salud José Antonio Encinas Puno 2022.. Tesis. Juliaca: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, Facultad de ciencias de la Salud; 2022.



24. Espinal G. Factores sociales asociados a las infecciones del tracto urinario en gestantes atendidas en el Centro de Salud Asillo 2021.. Tesis. Juliaca: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, Facultad de Ciencias de la Salud; 2022.
25. Quispe L. Efectos maternos y neonatales relacionados a flujos vaginales patológicos en embarazadas atendidas en el Hospital III Essalud Juliaca. 2019.. Tesis. Juliaca: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, Facultad de ciencias de la Salud; 2022.
26. Jihuallanca D. "Condicionantes de riesgo que influyen en la infección del tracto urinario en gestantes del Puesto de Salud Taparachi Juliaca. Tesis para optar el título profesional de Obstetra. Juliaca Puno: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, Facultad de ciencias de la Salud; 2019.
27. Mamani L. Infección del tracto urinario y las complicaciones obstétricas en gestantes del centro de Salud José Antonio Encinas - Puno 2021. Tesis. Juliaca: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, Facultad de ciencias de la Salud; 2022.
28. NICHD. instituto Nacional de la Salud infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver. <https://espanol.nichd.nih.gov>. [Online]. [cited 2023 09 25. Available from: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pregnancy/informacion/complicaciones>.
29. Topdoctors. España. <https://www.topdoctors.es>. [Online]. [cited 2023 09 25. Available from: <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/complicaciones-en-el-embarazo#>.
30. Grupo CTO. Manual CTO de medicina y cirugía. 8th ed.: CTO Editorial.
31. Carvajal J, Barriga M. Manual de Obstetricia y Ginecología. Decima edición ed. 978-956-398-591-7 IN, editor. Santiago Chile; 2019.
32. Cunningham G, Levano K, Bloom S, Hauth J, Rouse Dea. Williams Obstetricia. 259781456267360th ed. Mexico: McGraw-Hill Interamericana.; 2019.



33. Vallejo J. Fisiopatología de la prutura prematura de membrana y marcadores. Revista Medica de Costa Rica y Centroamerica LXX. 2013; 607(543).
34. Elsevier.. <https://www.elsevier.es>. [Online]. [cited 2023 04 21. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-infeccion-del-tracto-urinario-13070731>.
35. Huertas E. Parto Pretermino. Revista Peruana de Ginecologia y Obstetricia. 2018 julio; 64(3): p. 399-404.
36. <https://www.mayoclinic.org>. [Online]. [cited 2020 10 12. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/pregnancy-week-by-week/in-depth/fetal-development/art-20046151>.
37. Organizacion mundial de la Salud. <https://www.who.int>. [Online].: Escuela de Medicina; 2018 [cited 2020 09 24. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
38. Lapidus A, Unicef. Guia para el diagnostico y tratamiento de la Hipertension en el embarazo. Primera Edición ed. Tucuman; 2010.
39. Bryce A, Alegria E, Valenzuela Gyc. Hiiptension en el embarazo. Revista Peruana Gineco Obstetrica. 2018; 64(2).
40. Lattari, Arcangenla. <https://www.msdmanuals.com>. [Online].; 2022 [cited 2023 09 25. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/salud-infantil/problemas-generales-del-reci%C3%A9n-nacido/introducci%C3%B3n-a-los-problemas-generales-del-reci%C3%A9n-nacido>.
41. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. Manual de procedimientos para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño 10768 HeDLelBNdPN2, editor.: R. M. – N° 990 - 2010/MINSA; 2010.
42. Ministerio de Salud. Guia de practica Clínica para la tencion del recién nacido. Lima: Minsterio de Salud Peru; 2007. Report No.: ISBN: 978-9972-776-22-9.
43. Aguilar E, Luis A. Guía Técnica Consejería Nutricion en el marco de la atencion integral de salud de la gestante y puerpera Lima: MINSA; 2016.



44. Lozano J. Infecciones urinarias. Clínica, diagnóstico y tratamiento. Revista Elsevier. 2021 Marzo; 20(3).
45. Aller J, Pages G. Obstetricia Moderna. Tercera Edición ed. ISBN 9803730169 9, editor.: McGraw-Hill; 2019.
46. Gutmicrobio. <https://www.gutmicrobiotaforhealth.com>. [Online]. [cited 2023 09 25. Available from: <https://www.gutmicrobiotaforhealth.com/es/glossary/agente-patogeno/>.
47. Natalben. <https://www.natalben.com>. [Online]. [cited 2023 09 25. Available from: <https://www.natalben.com/test-apgar-recien-nacido#:~:text=El%20test%20de%20Apgar%20es,respuesta%20a%20est%C3%ADmulos%20y%20coloraci%C3%B3n>.
48. Medlineplus. <https://medlineplus.gov>. [Online]. [cited 2023 09 25. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002367.htm#:~:text=La%20edad%20gestacional%20es%20el,desde%2038%20a%2042%20semanas>.
49. Medlineplus. <https://medlineplus.gov>. [Online]. [cited 2023 09 25. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/birthweight.html>.
50. Rybertt T, Azua E. Retardo del crecimiento intrauterino Consecuencias a Largo plazo. Revista Médica Clínica Las Condes <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-retardo-de-crecimiento-intrauterino-consecuencias-S0716864016300608>. 2018 julio; 27(4).
51. Loxstang N. "Medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento en infección de vías urinarias de mujeres embarazadas, UMF 43 IMSS, Tabasco, México". Tesis para obtener el diploma de la Especialidad en Medicina Familiar. Villahermosa, Tabasco.: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. https://ri.ujat.mx/bitstream/20.500.12107/3617/1/Dra_NidyaGrisell.pdf, División académica de ciencias de la Salud; 2020.
52. Brenda T. Manual MSD. [Online].; 2022 [cited 2022 Octubre 19. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/pediatr%C3%ADa/infecciones-en-reci%C3%A9n->



- nacidos/generalidades-sobre-las-infecciones-neonatales#:~:text=Las%20infecciones%20neonatales%20por%20virus,u n%20canal%20de%20parto%20infectado.
53. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativas, cualitativas y mixta. Primera edición ed. Mexico.: Mc Graw Hill ; 2018.
 54. Supo J. Niveles de Investigación. [Online].; 2014 [cited 2016 mayo 24. Available from: <http://seminariosdeinvestigacion.com/niveles-de-investigacion/>.
 55. Baena G. Metodología de la investigación. Primera Edición ed. Mexico D.F.: Grupo Patria; 2014.
 56. Behar D. Metodología de la investigación. Rubeira A. ed.: Shalom; 2018.
 57. Sisinternational. <https://www.sisinternational.com/investigacion-cuantitativa/>. [Online]. [cited 2021 10 02. Available from: <https://www.sisinternational.com/investigacion-cuantitativa/>.
 58. Monje C. Metodología de la Investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica: Universidad Surcolombiana; 2011.
 59. Dma. <https://estadistica-dma.ulpgc.es/MGC>. [Online]. [cited 2022 06 07. Available from: https://estadistica-dma.ulpgc.es/MGC/muestreo_Aleatorio_Simple.html#:~:text=Determinaci%C3%B3n%20del%20tama%C3%B1o%20muestral%20en%20muestreo%20aleatorio%20simple&text=donde%20s%C2%AFx%20se,es%20finita%20de%20tama%C3%B1o%20N.
 60. Rubio M. <http://eprints.rclis.org>. [Online]. [cited 2023 06 09. Available from: http://eprints.rclis.org/6015/1/An%C3%A1lisis_documental_indizaci%C3%B3n_y_resumen.pdf.
 61. Dzib A. www.questionpro.com. [Online]. [cited 2021 11 25. Available from: <https://www.questionpro.com/blog/es/instrumentos-para-recopilar-informacion/>.



ANEXOS



ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

*BASE DE DATOS DE GANDHY KELY MAMANI SANCHEZ.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 11 de 11 variables

	Amenaza	RPM	Agente.patogeno	Amenaza.Pr ematuro	Hipertensiv os	Peso.RN	Sepsis	RCIU	Apgar	E.G	Tipo.infecciones	var	var
1	Si presentó	Pretérmino	Klebsiella pneumoniae	Si presentó	Preeclampsia...	Bajo peso ...	No presentó	Simétrico	7 a 10 punt...	> 40 sema...	Bacteriuria asintomá...		
2	Si presentó	Pretérmino	Escherichia coli	Si presentó	Preeclampsia...	Bajo peso ...	No presentó	Asimétrico	7 a 10 punt...	< 38 sema...	Bacteriuria asintomá...		
3	No presentó	A término	Escherichia coli	No presentó	No presentó	Normal De ...	Presentó	Simétrico	4 a 6 puntos	38 - 40 se...	Bacteriuria asintomá...		
4	Si presentó	Pretérmino	Klebsiella pneumoniae	Si presentó	Preeclampsia...	Bajo peso ...	No presentó	Asimétrico	7 a 10 punt...	< 38 sema...	Bacteriuria asintomá...		
5	No presentó	Pretérmino	Escherichia coli	Si presentó	Preeclampsia...	Bajo peso ...	No presentó	No presentó	7 a 10 punt...	< 38 sema...	Bacteriuria asintomá...		
6	No presentó	A término	Escherichia coli	No presentó	No presentó	Normal De ...	Presentó	Simétrico	4 a 6 puntos	38 - 40 se...	Bacteriuria asintomá...		
7	Si presentó	Pretérmino	Klebsiella pneumoniae	Si presentó	Preeclampsia...	Bajo peso ...	No presentó	Simétrico	0 a 3 puntos	< 38 sema...	Bacteriuria asintomá...		
8	No presentó	Pretérmino	Escherichia coli	Si presentó	Preeclampsia...	Bajo peso ...	No presentó	Asimétrico	7 a 10 punt...	> 40 sema...	Bacteriuria asintomá...		
9	No presentó	A término	Escherichia coli	No presentó	No presentó	Normal De ...	Presentó	Simétrico	4 a 6 puntos	38 - 40 se...	Cistitis		
10	No presentó	Pretérmino	Staphylococcus sapr...	No presentó	Preeclampsia...	Macrosómi...	No presentó	Asimétrico	7 a 10 punt...	< 38 sema...	Bacteriuria asintomá...		
11	Si presentó	Pretérmino	Klebsiella pneumoniae	Si presentó	Preeclampsia...	Bajo peso ...	No presentó	Asimétrico	7 a 10 punt...	< 38 sema...	Bacteriuria asintomá...		
12	Si presentó	Pretérmino	Escherichia coli	Si presentó	Preeclampsia...	Bajo peso ...	No presentó	No presentó	7 a 10 punt...	< 38 sema...	Bacteriuria asintomá...		
13	No presentó	A término	Escherichia coli	No presentó	No presentó	Normal De ...	No presentó	Simétrico	4 a 6 puntos	38 - 40 se...	Cistitis		
14	Si presentó	Pretérmino	Klebsiella pneumoniae	Si presentó	Preeclampsia...	Bajo peso ...	No presentó	Asimétrico	7 a 10 punt...	< 38 sema...	Bacteriuria asintomá...		
15	Si presentó	Pretérmino	Escherichia coli	Si presentó	Preeclampsia...	Bajo peso ...	No presentó	Asimétrico	7 a 10 punt...	< 38 sema...	Bacteriuria asintomá...		
16	No presentó	A término	Escherichia coli	No presentó	No presentó	Normal De ...	No presentó	Asimétrico	4 a 6 puntos	38 - 40 se...	Bacteriuria asintomá...		
17	No presentó	Pretérmino	Klebsiella pneumoniae	Si presentó	Preeclampsia...	Bajo peso ...	No presentó	Simétrico	7 a 10 punt...	> 40 sema...	Bacteriuria asintomá...		
18	No presentó	Pretérmino	Escherichia coli	Si presentó	Preeclampsia...	Bajo peso ...	No presentó	No presentó	7 a 10 punt...	< 38 sema...	Bacteriuria asintomá...		
19	No presentó	A término	Escherichia coli	No presentó	No presentó	Normal De ...	Presentó	Simétrico	4 a 6 puntos	38 - 40 se...	Cistitis		
20	No presentó	Pretérmino	Staphylococcus sapr...	No presentó	Preeclampsia...	Macrosómi...	No presentó	Simétrico	7 a 10 punt...	< 38 sema...	Bacteriuria asintomá...		
21	Si presentó	Pretérmino	Klebsiella pneumoniae	Si presentó	Preeclampsia...	Bajo peso ...	No presentó	Asimétrico	7 a 10 punt...	< 38 sema...	Bacteriuria asintomá...		
22	Si presentó	Pretérmino	Escherichia coli	Si presentó	Preeclampsia...	Bajo peso ...	No presentó	Asimétrico	7 a 10 punt...	< 38 sema...	Bacteriuria asintomá...		

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode: ON

Búsqueda

ESP ES 18:45 8/05/2024



*BASE DE DATOS DE GANDHY KELY MAMANI SANCHEZ.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

44 : Visible: 11 de 11 variables

	Amenaza	RPM	Agente patogeno	Amenaza Pr ematuro	Hipertensiv os	Peso.RN	Sepsis	RCIU	Apgar	E.G	Tipo infecciones	var	var
23	No presentó	A término	Escherichia coli	No presentó	No presentó	Normal De ...	Presentó	Asimétrico	4 a 6 puntos	38 - 40 se...	Cistitis		
24	Si presentó	Pretérmino	Klebsiella pneumoniae	Si presentó	Preeclampi...	Bajo peso ...	No presentó	Simétrico	7 a 10 punt...	< 38 sema...	Bacteriuria asintomá...		
25	Si presentó	Pretérmino	Escherichia coli	Si presentó	Preeclampi...	Bajo peso ...	No presentó	No presentó	7 a 10 punt...	< 38 sema...	Bacteriuria asintomá...		
26	No presentó	A término	Escherichia coli	No presentó	No presentó	Normal De ...	Presentó	Simétrico	4 a 6 puntos	38 - 40 se...	Bacteriuria asintomá...		
27	Si presentó	Pretérmino	Klebsiella pneumoniae	Si presentó	Preeclampi...	Bajo peso ...	No presentó	Simétrico	7 a 10 punt...	< 38 sema...	Bacteriuria asintomá...		
28	Si presentó	Pretérmino	Escherichia coli	Si presentó	Preeclampi...	Bajo peso ...	No presentó	No presentó	7 a 10 punt...	< 38 sema...	Bacteriuria asintomá...		
29	No presentó	A término	Escherichia coli	No presentó	No presentó	Normal De ...	No presentó	Asimétrico	4 a 6 puntos	38 - 40 se...	Bacteriuria asintomá...		
30	No presentó	A término	Staphylococcus sapr...	No presentó	Preeclampi...	Macrosómi...	No presentó	Asimétrico	7 a 10 punt...	< 38 sema...	Bacteriuria asintomá...		
31	No presentó	Pretérmino	Klebsiella pneumoniae	Si presentó	Preeclampi...	Bajo peso ...	No presentó	Simétrico	7 a 10 punt...	> 40 sema...	Cistitis		
32	Si presentó	Pretérmino	Escherichia coli	Si presentó	Preeclampi...	Bajo peso ...	No presentó	Asimétrico	7 a 10 punt...	< 38 sema...	Bacteriuria asintomá...		
33	No presentó	A término	Escherichia coli	No presentó	No presentó	Normal De ...	Presentó	Simétrico	4 a 6 puntos	38 - 40 se...	Cistitis		
34	Si presentó	Pretérmino	Klebsiella pneumoniae	Si presentó	Preeclampi...	Bajo peso ...	No presentó	Simétrico	7 a 10 punt...	< 38 sema...	Bacteriuria asintomá...		
35	Si presentó	Pretérmino	Escherichia coli	Si presentó	Preeclampi...	Bajo peso ...	No presentó	No presentó	7 a 10 punt...	< 38 sema...	Bacteriuria asintomá...		
36	No presentó	A término	Escherichia coli	No presentó	No presentó	Normal De ...	No presentó	Simétrico	4 a 6 puntos	38 - 40 se...	Cistitis		
37	Si presentó	Pretérmino	Klebsiella pneumoniae	Si presentó	Preeclampi...	Bajo peso ...	No presentó	Simétrico	7 a 10 punt...	< 38 sema...	Bacteriuria asintomá...		
38	No presentó	Pretérmino	Escherichia coli	Si presentó	Preeclampi...	Bajo peso ...	No presentó	No presentó	7 a 10 punt...	< 38 sema...	Bacteriuria asintomá...		
39	No presentó	A término	Escherichia coli	No presentó	No presentó	Normal De ...	No presentó	Asimétrico	4 a 6 puntos	38 - 40 se...	Cistitis		
40	No presentó	A término	Staphylococcus sapr...	No presentó	Preeclampi...	Macrosómi...	Presentó	Asimétrico	7 a 10 punt...	< 38 sema...	Pielonefritis		
41	Si presentó	Pretérmino	Klebsiella pneumoniae	Si presentó	Preeclampi...	Bajo peso ...	No presentó	Simétrico	7 a 10 punt...	< 38 sema...	Bacteriuria asintomá...		
42	Si presentó	Pretérmino	Escherichia coli	Si presentó	Preeclampi...	Bajo peso ...	No presentó	Asimétrico	7 a 10 punt...	< 38 sema...	Bacteriuria asintomá...		
43	No presentó	A término	Escherichia coli	No presentó	No presentó	Normal De ...	Presentó	Simétrico	4 a 6 puntos	38 - 40 se...	Bacteriuria asintomá...		
44	Si presentó	Pretérmino	Klebsiella pneumoniae	Si presentó	Preeclampi...	Bajo peso ...	No presentó	Simétrico	7 a 10 punt...	< 38 sema...	Cistitis		

Vista de datos Vista de variables Calculadora

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

Búsqueda ESP ES 18:46 8/05/2024



*BASE DE DATOS DE GANDHY KELY MAMANI SANCHEZ.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

44 : Visible: 11 de 11 variables

	Amenaza	RPM	Agente patogeno	Amenaza Pr ematuro	Hipertensiv os	Peso.RN	Sepsis	RCIU	Apgar	E.G	Tipo.infecciones	var	var
45	Si presentó	Pretérmino	Escherichia coli	Si presentó	Preeclampsia...	Bajo peso ...	No presentó	No presentó	7 a 10 punt...	< 38 sema...	Cistitis		
46	No presentó	A término	Escherichia coli	No presentó	No presentó	Normal De ...	No presentó	Simétrico	4 a 6 puntos	38 - 40 se...	Bacteriuria asintomá...		
47	No presentó	Pretérmino	Klebsiella pneumoniae	Si presentó	Preeclampsia...	Bajo peso ...	No presentó	Simétrico	7 a 10 punt...	< 38 sema...	Cistitis		
48	No presentó	Pretérmino	Escherichia coli	Si presentó	Preeclampsia...	Bajo peso ...	No presentó	No presentó	7 a 10 punt...	< 38 sema...	Cistitis		
49	No presentó	A término	Escherichia coli	No presentó	No presentó	Normal De ...	Presentó	Asimétrico	4 a 6 puntos	38 - 40 se...	Bacteriuria asintomá...		
50	No presentó	A término	Staphylococcus sapr...	No presentó	Preeclampsia...	Macrosómi...	Presentó	Simétrico	7 a 10 punt...	< 38 sema...	Bacteriuria asintomá...		
51	Si presentó	Pretérmino	Klebsiella pneumoniae	Si presentó	Preeclampsia...	Bajo peso ...	No presentó	Asimétrico	7 a 10 punt...	< 38 sema...	Cistitis		
52	Si presentó	Pretérmino	Escherichia coli	Si presentó	Preeclampsia...	Bajo peso ...	No presentó	Asimétrico	7 a 10 punt...	< 38 sema...	Cistitis		
53	No presentó	A término	Escherichia coli	No presentó	No presentó	Normal De ...	No presentó	Simétrico	4 a 6 puntos	38 - 40 se...	Bacteriuria asintomá...		
54	No presentó	Pretérmino	Klebsiella pneumoniae	Si presentó	Preeclampsia...	Bajo peso ...	Presentó	Simétrico	7 a 10 punt...	< 38 sema...	Cistitis		
55	Si presentó	Pretérmino	Escherichia coli	Si presentó	Preeclampsia...	Bajo peso ...	Presentó	No presentó	7 a 10 punt...	< 38 sema...	Cistitis		
56	No presentó	A término	Escherichia coli	No presentó	No presentó	Normal De ...	Presentó	Simétrico	4 a 6 puntos	> 40 sema...	Bacteriuria asintomá...		
57	Si presentó	Pretérmino	Klebsiella pneumoniae	Si presentó	Preeclampsia...	Bajo peso ...	No presentó	Asimétrico	7 a 10 punt...	< 38 sema...	Cistitis		
58	Si presentó	Pretérmino	Escherichia coli	Si presentó	Preeclampsia...	Bajo peso ...	Presentó	Asimétrico	7 a 10 punt...	< 38 sema...	Cistitis		
59	No presentó	A término	Escherichia coli	No presentó	No presentó	Normal De ...	No presentó	Simétrico	4 a 6 puntos	38 - 40 se...	Bacteriuria asintomá...		
60													
61													
62													
63													
64													
65													
66													

Vista de datos Vista de variables Mostrar escritorio

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode: UN

Búsqueda ESP ES 18:47 8/05/2024



ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVO DE INVESTIGACION	HIPOTESIS DEINVESTIGACION	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGIA
<p>PG ¿Cuáles son las complicaciones en el embarazo y recién nacido relacionado a infecciones del tracto urinario en el Centro de Salud Estratégico de Putina - 2023?</p> <p>PE1 ¿Cuáles son las complicaciones en el embarazo relacionado a infecciones del tracto urinario en el Centro de Salud Estratégico de Putina ?</p> <p>PE2 ¿Cuáles son las complicaciones en el recién nacido relacionado a infecciones del tracto urinario en el Centro de Salud Estratégico de Putina ?</p> <p>PE3 ¿Cuál es el tipo de infecciones del tracto urinario más frecuente en el Centro de Salud Estratégico de Putina ?</p>	<p>OG Determinar las complicaciones en el embarazo y recién nacido relacionado a infecciones del tracto urinario en el Hospital en el Centro de Salud Estratégico de Putina</p> <p>OE1 Identificar las complicaciones en el embarazo relacionado a infecciones del tracto urinario en el Centro de Salud Estratégico de Putina .</p> <p>OE2 Establecer las complicaciones en el recién nacido relacionado a infecciones del tracto urinario en el Centro de Salud Estratégico de Putina .</p> <p>OE3 Reconocer el tipo de infecciones del tracto urinario más frecuente en el Centro de Salud Estratégico de Putina</p>	<p>HG. Las complicaciones en el embarazo y recién nacido se relacionan a infecciones del tracto urinario en el Centro de Salud Estratégico de Putina – 2023</p> <p>HE1 Las complicaciones en el embarazo como son: amenaza de aborto, ruptura prematura de membrana, agente patógeno, amenaza de parto pretérmino y trastornos hipertensivos, se relacionan a infecciones del tracto urinario en el Centro de Salud Estratégico de Putina .</p> <p>HE2 Las complicaciones en el recién nacido como son: peso del recién nacido, retardo del crecimiento intrauterino, Apgar al minuto, edad gestacional, se relacionan a infecciones del tracto urinario en el Centro de Salud Estratégico de Putina .</p> <p>HE3 El tipo de infección del tracto urinario más frecuente es la bacteriuria asintomática en el Centro de Salud de Putina</p>	<p>VARIABLE 1 Complicaciones en el embarazo y recién nacido</p> <p>VARIABLE 2 Infecciones del tracto urinario</p>	<p>Amenaza de aborto</p> <p>Ruptura prematura de membrana</p> <p>Agente patógeno</p> <p>Amenaza de parto pretérmino</p> <p>Trastornos hipertensivos</p> <p>Peso del recién nacido</p> <p>Sepsis neonatal</p> <p>Retardo del crecimiento intrauterino</p> <p>Apgar al minuto</p> <p>Edad gestacional del recién nacido</p> <p>Tipos de infecciones del tracto urinario</p>	<p>a) Si presentó</p> <p>b) No presentó</p> <p>a) Si presentó</p> <p>b) No presentó</p> <p>a) Escherichia coli</p> <p>b) Klebsiella pneumoniae</p> <p>c) Staphylococcus saprophyticus</p> <p>a) Si presentó</p> <p>b) No presento</p> <p>a) Preeclampsia leve</p> <p>b) Preeclampsia moderada</p> <p>c) No presentó</p> <p>a) Bajo peso. Menor a 2500 gramos</p> <p>b) Peso normal 2500 a 3999 gramos</p> <p>c) Macrosómico 4000 gramos a más</p> <p>a) No presentó</p> <p>b) Sí presentó</p> <p>a) No presento</p> <p>b) Simétrico</p> <p>c) Asimétrico</p> <p>a) 7 a 10 puntos</p> <p>b) 4 a 6 puntos</p> <p>c) 0 a 3 puntos</p> <p>a) < 38 semanas</p> <p>b) 38 – 40 semanas</p> <p>c) > 40 semanas</p> <p>a) Cistitis (Vías bajas)</p> <p>b) Bacteriuria (Asintomática)</p> <p>c) Pielonefritis (Vías altas)</p>	<p>El diseño de investigación fue no experimental debido a que no se manipulan deliberadamente las variables, ya que se observan el hecho en su circunstancia natural.</p> <p>Tipo de investigación: La presente investigación fue de nivel básico relacional, de corte transversal.</p> <p>Métodos aplicados a la investigación: Método hipotético-deductivo con enfoque cuantitativo.</p> <p>Población y muestra: Población. entre 69 casos de infecciones del tracto urinario que se diagnosticaron y trataron en el Centro de Salud Estratégico de Putina entre enero y diciembre de 2023</p> <p>Tipo de muestreo: Después del cálculo del tamaño de la muestra, se utilizó un muestreo probabilístico.</p> <p>Técnicas, instrumentos y fuentes de investigación para la recolección de datos: En esta investigación se emplearon las siguientes herramientas. técnica: análisis documental Instrumento: Ficha de recolección de datos</p>



ANEXO 3: INSTRUMENTO. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Complicaciones en el embarazo y recién nacido

1.1. Complicaciones en el embarazo

1.1.1. Amenaza de aborto

- Si presentó
- No presentó

1.1.2. Ruptura de membrana ovulares

- Si presentó
- No presentó

1.1.3. Agente patológico

- Escherichia coli
- Klebsiella pneumoniae
- Staphylococcus saprophyticus

1.1.4. Amenaza de parto pretérmino

- Si presentó
- No presentó

1.1.5. Trastornos hipertensivos

- Preeclampsia leve
- Preeclampsia moderada
- No presentó

1.2. Complicaciones del recién nacido

1.2.1. Peso del recién nacido

- Menor a 2500 gramos
- Peso normal 2500 a 3999 gr
- Macrosómico 4000 gr a más

1.2.2. Sepsis neonatal

- Presentó
- No presentó

1.2.3. Retardo del crecimiento intrauterino

- No presento
- Simétrico
- Asimétrico

1.2.4. Apgar al minuto

- 7 a 10 puntos
- 4 a 6 puntos
- 0 a 03 puntos

1.2.5. Edad gestacional del recién nacido

- <38 semanas
- 37 a 40 semanas
- >40 a más

2. Infecciones del tracto urinario

- Bacteriuria asintomática
- Cistitis
- Pielonefritis

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a utilizar la fórmula Alfa de Cronbach en el programa estadístico SPSS.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0.771	0.801	11

INSTRUMENTO = 0.771

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Amenaza de aborto	15.85	9.476	0.656	0.729
Ruptura de membrana ovulares	16.03	8.999	0.872	0.706
Agente patológico	15.92	12.113	0.172	0.828
Amenaza de parto pretérmino	16.00	8.862	0.907	0.701
Trastornos hipertensivos	15.17	10.143	0.338	0.764
Peso del recién nacido	15.92	8.458	0.757	0.706
Sepsis neonatal	16.14	10.361	0.426	0.755
Retardo del crecimiento intrauterino	15.19	10.568	0.147	0.795
Apgar al minuto	16.08	9.424	0.743	0.722
Edad gestacional	15.93	9.409	0.481	0.746
Tipos de infecciones del tracto urinario	15.68	11.532	0.005	0.796

SE ASEVERA QUE LA HERRAMIENTA ES MODERADA



ANEXO 4: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del experto: Gonzales Quispillo Joana
- 1.2 Grado académico: Obstetra
- 1.3 Cargo e institución donde labora: Obstetra
- 1.4 Título de la Investigación: Complicaciones en el embarazo y recién nacido relacionado a infecciones del tracto urinario en el Centro de Salud Estratégico de Putina - 2023
- 1.5 Autor del instrumento: Bach. GANDHY KELY MAMANI SANCHEZ
- 1.6 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					94
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					93
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.					92
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					95
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					95
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					94
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Técnicos-Científicos y del tema de estudio.					94
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.					93
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					93
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					94
TOTAL						937

VALORACIÓN CUANTITATIVA (Total x 0.20): 937 como resultado 19

VALORACIÓN CUALITATIVA: Aplicable para el instrumento

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Aplicable

Lugar y fecha: Putina 09 de Abril del 2024
 Firma: Joana M. Gonzales Quispillo
 OBSTETRA
 COP: 26531
 Firma y Pos firma del experto
 DNI:



I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del experto: Uruiola Mandujano Dina Anselma
- 1.2 Grado académico: Obstetra con Especialidad en alto riesgo obstetrico
- 1.3 Cargo e institución donde labora: Obstetricia (Jefa de la Micro Red Putina)
- 1.4 Título de la Investigación: Complicaciones en el embarazo y recién nacido relacionado a infecciones del tracto urinario en el Centro de Salud Estratégico de Putina - 2023
- 1.5 Autor del instrumento: Sach. GANDHY KELY MAMANI SANCHEZ
- 1.6 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					96
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					95
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.					95
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					93
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					92
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					90
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.					95
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.					93
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					94
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					95
TOTAL						938

VALORACIÓN CUANTITATIVA (Total x 0.20):

938 Como resultado 19

VALORACIÓN CUALITATIVA:

Instrumento aplicable a la investigación

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

El instrumento cumple con los requisitos para la investigación



Usted: Dina A. Uruiola Mandujano
COP. 3758 RNE: 2569-E.01

Putina 09 de Abril del 2024

Firma y Pos firma del experto

DNI: 02378800



I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del experto: Vargas Sosa Jessica
- 1.2 Grado académico: Obstetra
- 1.3 Cargo e institución donde labora: Obstetra
- 1.4 Título de la Investigación: Complicaciones en el embarazo y recién nacido relacionado a infecciones del tracto urinario en el Centro de Salud Estratégico de Putina - 2023
- 1.5 Autor del instrumento: Bach. GANDHY KELY MAMANI SANCHEZ
- 1.6 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-50%	Muy Bueno 51-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					95
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					94
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.					93
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					95
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					90
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					92
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.					93
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.					95
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					95
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					96
TOTAL						938

VALORACIÓN CUANTITATIVA (Total x 0.20):
938 como resultado 19

VALORACIÓN CUALITATIVA:
Instrumento aplicable a la investigación

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:
El instrumento cumple con los requisitos para la investigación

Lugar y fecha: Putina 09 de Abril del 2024

Firma y Pos firma del experto:
Jessica Sosa
 DNI: 70469801



I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del experto: Lopez Muchica Ana Belen
- 1.2 Grado académico: Obstetra
- 1.3 Cargo e institución donde labora: Obstetricia
- 1.4 Título de la Investigación: Complicaciones en el embarazo y recién nacido relacionado a infecciones del tracto urinario en el Centro de Salud Estratégico de Putina - 2023
- 1.5 Autor del instrumento: Sach. GANDHY KELY MAMANI SANCHEZ
- 1.6 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					90
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					86
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.					94
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					91
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					85
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					95
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.					92
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.					93
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					94
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					96
TOTAL						916

VALORACIÓN CUANTITATIVA (Total x 0,20):

916 como resultado 18

VALORACIÓN CUALITATIVA:

Instrumento aplicable a la investigación

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

El instrumento cumple con los requisitos para la Investigación

Lugar y fecha:

Putina 09 de Abril del 2024

Ana Belén Lopez Muchica

OBSTETRA

Firma y Ros firma del experto

DNI: 46224973



I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del experto:
..... Sulca Ali Maria Isabel
- 1.2 Grado académico:
..... Obstetra
- 1.3 Cargo e institución donde labora:
..... Obstetricia
- 1.4 Título de la Investigación: Complicaciones en el embarazo y recién nacido relacionado a infecciones del tracto urinario en el Centro de Salud Estratégico de Putina - 2023
- 1.5 Autor del instrumento:
Bach. GANDHY KELY MAMANI SANCHEZ
- 1.6 Nombre del instrumento:
Ficha de recolección de datos

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					93
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					90
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.					95
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					91
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					85
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					92
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.					95
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.					96
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					95
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					94
TOTAL						926

VALORACIÓN CUANTITATIVA (Total x 0.20):

..... 926 como resultado 19

VALORACIÓN CUALITATIVA:

..... Instrumento aplicable a la investigación

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... El instrumento cumple con los requisitos para la investigación.

Lugar y fecha: Putina 09 de abril del 2024



Maria Isabel Sulca Ali
 Inicial y Posición del experto
 DNI: 02168840
 OBSTETRA



I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del experto:
Luz Reyes Yaniet Roxana
- 1.2 Grado académico:
Obstetra
- 1.3 Cargo e institución donde labora:
Obstetra
- 1.4 Título de la Investigación: *Complicaciones en el embarazo y recién nacido relacionado a infecciones del tracto urinario en el Centro de Salud Estratégico de Putina - 2023*
- 1.5 Autor del instrumento:
Bach. GANDHY KELY MAMANI SANCHEZ
- 1.6 Nombre del instrumento:
Ficha de recolección de datos

INDICADORES	CRITERIOS QUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41- 60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					96
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					94
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.					93
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					92
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					95
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					85
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.					91
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.					94
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					86
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					90
TOTAL						916

VALORACIÓN CUANTITATIVA (Total x 0.20):

916 como resultado 18

VALORACIÓN CUALITATIVA:

Instrumento Aplicable a la investigación

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

El instrumento cumple con los requisitos para la investigación

Luz y fecha: Luz Reyes Yaniet Putina 10 de Abril del 2024

Yaniet R. Luz Reyes

OBSTETRA

COP: 23323

Firma y Pos firma del experto

DNI: 4.219.95.85



ANEXO 5: AUTORIZACIÓN DE ESTABLECIMIENTO DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN

SOLICITO. AUTORIZACION PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION PARA TRABAJO DE INVESTIGACION

DIRECTORA DE LA MICRO RED " CENTRO ESTRATÉGICO DE PUTINA "

OBSTETRA: Dina Anselma Urviola Mandujano



Gandhy Kely Mamani Sánchez, identificado con DNI Nro. 71965070, egresado de la escuela profesional de Obstetricia, del a UANCV, con residencia barrio San Francisco Putina.

Ante usted con el debido respeto me presento y digo:

Que habiendo culminado mis estudios en la Escuela profesional de obstetricia de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, estoy realizando mi trabajo de Investigación, titulado "COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO Y RECIÉN NACIDO RELACIONADO A INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL CENTRO DE SALUD ESTRATÉGICO DE PUTINA - 2023 ", para lo cual solicito se me brinde la **Autorización** poder recopilar la información del **Servicio de Obstetricia** y de la **Oficina de Estadística** en el Periodo Comprendido de abril - mayo – junio del presente año

POR LO EXPUESTO

Ruego a usted acceder a mi solicitud por ser justa y legal.

Putina, 20 de Marzo 2024



PERÚ

Ministerio de Salud

UNIDAD EJECUTORA SALUD
SAN ANTONIO DE PUTINA

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Putina, 09 de agosto del 2024

CARTA N° 001 -2024-DIRESA-PUNO /U.E.SALUD S.A. PUTINA

SEÑORITA:

Gandhy Kely Mamani Sanchez
Bachiller en obstetricia

EMAIL:

ggandhykkelyy@gmail.com

ASUNTO : APROBACION

Mediante el presente me dirijo a usted, con la finalidad de hacerle llegar un saludo cordial y al mismo tiempo indicarle Srta: **Gandhy Kely Mamani Sanchez**, que se aprueba sus solicitud de aplicar su ficha de recolección de datos estadísticos, análisis de historias clínicas de usuarias que se atendieron durante su gestación, parto y puerperio en el centro de salud Estratégico de Putina con la finalidad de investigar la tesis denominada; **COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO Y RECIEN NACIDO RELACIONADO A INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL CENTRO DE SALUD ESTRATEGICO DE PUTINA – 2023**. El periodo para el recojo de información solicitado será por un lapso de 90 días naturales el mismo que iniciará el 04-04-2023 (cuatro de abril del 2024) hasta el 04-07-2023 (cuatro de julio del 2024), por tanto, se indicó que los trabajadores del establecimiento le brindaran las facilidades del caso para el cumplimiento de dicho trabajo de investigación.

Sin otro particular aprovecho la oportunidad para expresarle mis consideraciones y estima personal.

Atentamente.



[Handwritten Signature]
U.E. Em. Jesús Morales Mamani
CEP: 42558
DIRECTOR

C.c. Arch.

ANEXO 6: FOTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS.



RECOJO DE DATOS/HISTORIAS CLINICAS



RECOJODE DATOS /HISTORIAS CLINICAS



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital [X]

Fecha de entrega: 18-12-2024

1. Datos del autor (es):

Formulario with fields for author information: Nombres y Apellidos, Dirección, DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°, Teléfono, email, Facultad y/o Escuela de Posgrado, Escuela Profesional o Mención, Título o Grado Académico a optar, Asesor, Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones, Trabajo de Investigación, Tesis, Trabajo de Suficiencia Profesional, Trabajo Académico, Título, Palabras claves, ¿Esta obra se desarrolló en la UANCV 1,2?, 2



2. Referencia de tesis:

Bachiller Título 2da Especialidad Maestría Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- Sí autorizo
- No autorizo

Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción “internacional” o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción “internacional” emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción “internacional” goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – P06

Firma de Autor



huella digital

18-12-2024

Fecha