UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Factores Relacionados a la Amenaza de Parto Pretérmino (APP)

en Gestantes Atendidas en la Emergencia Obstétrica del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes – Mérida, Durante el Periodo 2020-2024

www.bdigital.ula.ve

Autoras:

Elizabeth Monsalve A. y Yosmary Santiago T.

Tutor: Lcdo. Rafael Maldonado

Asesor Estadístico: Lcda. Sandra Rivero

Mérida, febrero 2026

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

Factores Relacionados a la Amenaza de Parto Pretérmino (APP)

en Gestantes Atendidas en la Emergencia Obstétrica del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes – Mérida, Durante el Periodo 2020-2024

Autoras:

Elizabeth Monsalve A. y Yosmary Santiago T.

www.bdigital.ula.ve

Escuela de Enfermería, Universidad de Los Andes

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de Licenciada en Enfermería

Tutor: Lcdo. Rafael Maldonado

Asesor Estadístico: Lcda. Sandra Rivero

Mérida, febrero 2026

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Yo, **Rafael Maldonado** C.I. **18.499.885** profesor de la Universidad de Los Andes Facultad de Medicina Escuela de Enfermería adscrito al Departamento de Salud Familiar y Desarrollo Humano, hago constar por escrito que he aceptado acompañar desde sus inicios hasta la culminación el Trabajo Especial de Grado titulado: "**Factores Relacionados a la Amenaza de Parto Pretérmino (APP) en Gestantes Atendidas en la Emergencia Obstétrica del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes – Mérida, Durante el Periodo 2020-2024".** Presentado por las ciudadanas: T.S.U: Santiago T. Yosmary C.I: V025.886.878 y T.S.U: Monsalve A. Elizabeth C.I: V024.584.759 para optar al Grado de Licenciadas en Enfermería y acepto asesorar a las participantes en calidad de tutor, durante las etapas de desarrollo y presentación del Trabajo de Grado antes descrito.

Tutor: Prof. Rafael Maldonado
C.I: 18.499.885
Número Telefónico: 0424.7687175
Correo electrónico: rafaelalonso557@gmail.com

www.bdigital.ula.ve
Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

Agradecimiento

Primeramente, a Dios quien me ha dado fortaleza y guía para avanzar en este arduo pero satisfactorio camino de constante formación y aprendizajes.

A mi familia y amado esposo, cimiento de mi vida, por el amor y el apoyo incondicional, por la comprensión y la motivación en el transcurrir de mi formación profesional.

A mi hija, por ser mi inspiración e impulso en continuar forjando mi camino y asentando la base para la suya.

A mi querida alma mater, por la maravillosa experiencia de la universidad y de la excelencia en educación, por formarme en esta carrera tan humana y que tanto me apasiona.

Elizabeth

www.bdigital.ula.ve

A Dios todopoderoso, quien en su infinita bondad me ha dado fortaleza y sabiduría para progresar a la meta planteada

A mi madre querida y hermanas, por el apoyo incondicional que me han brindado, quienes con sus palabras de aliento me animaron para que siguiera adelante a pesar de las adversidades, gracias por confiar siempre en mi

A mi hijo querido, por ser mi fuente de motivación e inspiración para superarme cada día más, quiero servirte de guía para que siempre tengas en tu corazón la fortaleza para luchar por tus propias convicciones

A la Universidad de los Andes por abrirme las puertas para mi formación profesional en esta carrera que cada día me gusta más.

Yosmary

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

Contenido

Contenido v

RESUMEN xi

INTRODUCCIÓN 13

CAPÍTULO I 15

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 15

1.1 Planteamiento del Problema 15

1.2 Objetivos 19

1.2.1 Objetivo general 19

1.2.2 Objetivos específicos 19

1.3 Justificación 20

1.4 Alcances 21

1.5 Limitaciones 21

1.6 Línea de investigación 22

1.7 Consideraciones éticas de la investigación 22

CAPITULO II 25

MARCO TEÓRICO 25

2.1 Antecedentes de la investigación 25

2.2 Bases teóricas 29

2.2.1 Amenaza de parto pretérmino 29

2.2.2 Causas de la APP 30

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

2.2.3 Complicaciones de la APP.....30

2.2.4 Manejo farmacológico de la APP 31

2.2.5 Manejo de enfermería en emergencia obstétrica 32

2.2.6 Factores de riesgo de la APP 33

2.3 Teorizantes de enfermería relacionadas con la investigación.....37

2.4 Hipótesis 38

2.5 Bases legales 39

CAPITULO III.....41

MARCO METODOLÓGICO.....41

3.1 Tipo y diseño de la investigación.....41

3.2 Población.....42

3.2.1 Criterios de inclusión para el caso y control:.....43

3.2.2 Criterios de exclusión para el caso y control: 43

3.3 Muestra 43

Cuadro 1.....44

Parámetro fórmula propuesta por Malhotra, para hallar muestra de la población. 44

Cuadro 2.....44

Aplicación de la fórmula propuesta por Malhotra, para hallar muestra total de las historias clínicas para los años 2020 al 2024 de pacientes con APP. IAHULA. Mérida.44

Muestreo estratificado con afijación proporcional 45

Cuadro 3.....46

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

Muestreo estratificado, de pacientes con APP, por año del servicio de Emergencia Obstétrica del IAHULA. Mérida - Venezuela. 46

Cuadro 4. 46

Aplicación de la fórmula propuesta por Malhotra, para hallar muestra total de las historias clínicas para los años 2020 al 2024 de pacientes con parto normal a término sin complicaciones. IAHULA. Mérida. 46

Cuadro 5. 47

Muestreo estratificado de pacientes con parto normal a término sin complicaciones, por año del servicio de Emergencia Obstétrica del IAHULA. Mérida - Venezuela. 47

3.5 Variable 47

Cuadro 6. 48

3.5.1 Operacionalizacion de la variable 48

3.6 Técnica e instrumento 49

3.7 Validez 50

3.7.1 Validez de constructo. Método juicio de expertos 50

Cuadro 7. 51

Correlación de Spearman para la validez de Constructo instrumento Factores asociados a la Amenaza de Parto Pretérmino. IAHULA. 2026. 51

3.8 Procedimiento 58

CAPÍTULO IV 59

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS 59

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

Cuadro 8.....59

Edad materna de las gestantes atendidas en la Emergencia obstétrica del IAHULA. Mérida. Años 2020 - 2024. 59

Cuadro 9.....60

Características sociodemográficas de las gestantes atendidas en la Emergencia obstétrica del IAHULA. Mérida. Años, 2020 - 2024. 60

Cuadro 10.....62

Procedencia de las gestantes atendidas en la Emergencia obstétrica del IAHULA. Mérida. Años 2020 - 2024. 62

Cuadro 11.....63

Hábitos psicosociales de las gestantes atendidas en la Emergencia obstétrica del IAHULA. Mérida. Años, 2020 - 2024. 63

Cuadro 12.....63

Paridad de las gestantes atendidas en la Emergencia obstétrica del IAHULA. Mérida. Años 2020 - 2024. 63

Cuadro 13.....64

Antecedentes de las gestantes atendidas en la Emergencia obstétrica del IAHULA. Mérida. Años, 2020 - 2024. 64

Cuadro 14.....65

Condiciones del embarazo actual de las gestantes atendidas en la Emergencia obstétrica del IAHULA. Mérida. Años, 2020 - 2024. 65

Cuadro 15.....66

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

Longitud cervical de las pacientes atendidas en la Emergencia obstétrica del IAHULA. Mérida. Años 2020 - 2024. 66

Cuadro 16. 67

Antecedentes de las gestantes atendidas en la Emergencia obstétrica del IAHULA. Mérida. Años, 2020 - 2024. 67

Cuadro 17. 68

Infecciones de las gestantes atendidas en la Emergencia obstétrica del IAHULA. Mérida. Años, 2020 - 2024. 68

Cuadro 18. 69

Estado Nutricional de las pacientes atendidas en la Emergencia obstétrica del IAHULA. Mérida. Años 2020 - 2024. 69

www.bdigital.ula.ve

Cuadro 19. 70

Características antropométricas de las gestantes atendidas en la Emergencia obstétrica del IAHULA. Mérida. Años 2020 - 2024. 70

Cuadro 20. 71

Anemia en las pacientes atendidas en la Emergencia obstétrica del IAHULA. Mérida. Años 2020 - 2024. 71

Cuadro 21. 72

Comorbilidades en las pacientes atendidas en la Emergencia obstétrica del IAHULA. Mérida. Años 2020 - 2024. 72

4.2 Discusión de resultados 72

CAPITULO V 77

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

CONCLUSIÓN.....77

RECOMENDACIONES.....79

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....81

Anexo 1. Instrumento de recolección de datos 87

Anexo 2. Formato de inscripción del proyecto de investigación.....88

Anexo 3. Carta de solicitud de datos estadísticos para investigación académica....89

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

Universidad de Los Andes

Facultad de Medicina

Escuela de Enfermería

Mérida – Venezuela

Autoras: Santiago T. Yosmary
Monsalve A. Elizabeth

Tutor: Prof. Maldonado Rafael

Año: 2026

RESUMEN

La amenaza de parto pretérmino (APP) es una de las principales causas de morbilidad neonatal. Identificar los factores de riesgo específicos en el contexto local es fundamental para mejorar los resultados perinatales. El presente estudio tuvo como objetivo analizar los factores relacionados a la Amenaza de parto pretérmino (APP) en gestantes atendidas en la emergencia obstétrica del IAHULA, Mérida periodo 2020-2024. Esta es una investigación cuantitativa de tipo explicativa con diseño documental y retrospectiva de corte transeccional. Este estudio de casos y controles tiene una muestra total a utilizar de 161 historias clínicas para los años 2020 al 2024. Se analizaron variables sociodemográficas, hábitos, antecedentes clínicos y parámetros antropométricos mediante pruebas de significancia estadística ($p < 0,05$), Odds Ratio (OR) y análisis de varianza (ANOVA). En los resultados obtenidos, la edad promedio fue similar en ambos grupos (24,4 vs. 25 años; $p = 0,663$). El estado civil casada actuó como factor protector ($p = 0,025$), mientras que ser ama de casa predominó en los casos (50%; $p < 0,001$). En cuanto a hábitos, el tabaquismo se identificó como un factor de riesgo crítico (OR = 4,29; $p = 0,025$). Clínicamente, la asociación más fuerte se presentó con las infecciones vaginales, específicamente candidiasis y vaginosis bacteriana ($p < 0,001$). El control prenatal deficiente mostró una relación estrecha con la APP: tanto el inicio tardío (>14 semanas; $p = 0,040$) como un número insuficiente de consultas (< 6 controles; $p < 0,001$) aumentaron significativamente el riesgo. Respecto a la antropometría, se halló una diferencia significativa en la talla materna ($p = 0,004$), y aunque el IMC no mostró significancia global, los extremos de bajo peso y obesidad fueron exclusivos o más frecuentes en el grupo de casos. Comorbilidades como la preeclampsia y la diabetes tipo II se presentaron únicamente en el grupo con App. Se concluyó que la APP en la muestra estudiada está multideterminada por factores modificables. El perfil de riesgo principal corresponde a gestantes con control prenatal tardío o insuficiente, presencia de infecciones vaginales y hábitos tabáquicos. Se destaca la estabilidad conyugal como un elemento protector relevante. Estos hallazgos sugieren la necesidad de fortalecer la captación precoz y el tratamiento microbiológico preventivo en el primer trimestre.

Palabras clave: amenaza de parto pretérmino, factores de riesgo, control prenatal, infecciones vaginales, obstetricia.

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

Universidad de Los Andes

Facultad de Medicina

Escuela de Enfermería

Mérida - Venezuela

Autoras: Santiago T. Yosmary
Monsalve A. Elizabeth

Tutor: Prof. Maldonado Rafael

Año: 2026

SUMMARY

Threatened preterm labor (TPL) is a leading cause of neonatal morbidity. Identifying specific risk factors in the local context is essential for improving perinatal outcomes. This study aimed to analyze the factors associated with threatened preterm labor (TPL) in pregnant women treated in the obstetric emergency department of IAHULA, Mérida, during the period 2020-2024. This is a quantitative, explanatory, documentary, retrospective, cross-sectional study. This case-control study used a total sample of 161 medical records from 2020 to 2024. Sociodemographic variables, habits, medical history, and anthropometric parameters were analyzed using statistical significance tests ($p < 0.05$), odds ratios (OR), and analysis of variance (ANOVA). In the results obtained, the average age was similar in both groups (24.4 vs. 25 years; $p = 0.663$). Being married acted as a protective factor ($p = 0.025$), while being a homemaker was predominant in the cases (50%; $p < 0.001$). Regarding habits, smoking was identified as a critical risk factor (OR = 4.29; $p = 0.025$). Clinically, the strongest association was with vaginal infections, specifically candidiasis and bacterial vaginosis ($p < 0.001$). Inadequate prenatal care showed a close relationship with preterm labor: both late initiation (>14 weeks; $p = 0.040$) and an insufficient number of visits (< 6 visits; $p < 0.001$) significantly increased the risk. Regarding anthropometry, a significant difference was found in maternal height ($p = 0.004$), and although BMI did not show overall significance, the extremes of underweight and obesity were exclusive to or more frequent in the case group. Comorbidities such as preeclampsia and type II diabetes were present only in the group with preterm labor. It was concluded that preterm labor in the studied sample is determined by multiple modifiable factors. The main risk profile corresponds to pregnant women with late or insufficient prenatal care, the presence of vaginal infections, and smoking habits. Marital stability stands out as a relevant protective factor. These findings suggest the need to strengthen early detection and preventive microbiological treatment in the first trimester.

Keywords: threatened preterm labor, risk factors, prenatal care, vaginal infections, obstetrics.

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

INTRODUCCIÓN

La amenaza de parto pretérmino (APP) representa una de las complicaciones más significativas en la gestación, siendo la principal causa global de morbimortalidad neonatal. Este cuadro clínico, caracterizado por contracciones uterinas regulares y modificaciones cervicales entre las 22.0 y 36.6 semanas de gestación, implica un riesgo inminente de un nacimiento prematuro, lo que conlleva desafíos considerables para la salud pública y la atención obstétrica. A pesar de los avances en el cuidado prenatal, la incidencia de APP se mantiene en niveles preocupantes en diversas regiones, incluyendo Latinoamérica, afectando anualmente a millones de recién nacidos y contribuyendo a un elevado porcentaje de muertes perinatales y discapacidades a largo plazo.

La complejidad de la APP radica en su etiología multifactorial, que abarca factores sociobiológicos, antecedentes gineco-obstétricos, condiciones sociodemográficas y diversas enfermedades maternas y fetales. La identificación temprana y el manejo adecuado de estos factores de riesgo son cruciales para implementar estrategias de prevención, vigilancia intensiva y tratamientos tocolíticos oportunos que permitan prolongar la gestación y favorecer la maduración fetal. Sin embargo, la variabilidad de estos factores entre diferentes poblaciones exige un conocimiento profundo de su prevalencia y peso en contextos específicos.

En este contexto, el personal de enfermería en las áreas de emergencia obstétrica desempeña un papel fundamental, no solo en el acompañamiento de la gestante y su familia, sino también en la provisión de cuidados especializados. Su capacitación y conocimiento sobre los factores de riesgo de la APP son esenciales para reconocerlos y actuar de manera adecuada, impactando directamente en los resultados materno-neonatales.

En el ámbito local del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA) en Mérida, Venezuela, la emergencia obstétrica es un punto clave de atención para gestantes con diversas complicaciones. A pesar de la relevancia del tema, existe una brecha en

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

el conocimiento específico y actualizado sobre los factores de riesgo más prevalentes y significativos asociados a la APP en esta población particular. Esta falta de información precisa limita la capacidad del personal de salud para diseñar e implementar intervenciones preventivas y terapéuticas dirigidas, optimizar recursos y mejorar los resultados. Por consiguiente, esta investigación se propone analizar en profundidad los factores de riesgo sociodemográficos, biológicos, físicos y relacionados con el embarazo asociados a la amenaza de parto pretérmino en pacientes ingresadas en la emergencia obstétrica del IAHULA durante el período 2020-2024. Los hallazgos de este estudio contribuirán a fortalecer la base de evidencia científica local, facilitar la elaboración de protocolos de atención más precisos y personalizados, y, en última instancia, impactar positivamente en la reducción de la morbilidad y mortalidad asociada al parto pretérmino en el estado Mérida.

En tal sentido, la investigación se estructuro en cinco (5) capítulos, el capítulo I: El problema, donde se describe el planteamiento, justificación, objetivo general y específicos. El capítulo II: Marco teórico, comprende antecedentes, bases teóricas. El capítulo III: El marco metodológico que incluye, enfoque, tipo y diseño de la investigación, población y muestra, operacionalización de la variable, sistema de hipótesis, procedimiento de análisis de los datos. El capítulo IV: Presentación y análisis de los resultados y por el ultimo el capítulo V: Conclusiones y recomendaciones.

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El problema de investigación es la interrogante o las interrogantes que surgen de un determinado tema sobre algo que no se sabe y se desea explicar. Por ende, es el punto de partida y fundamento de toda investigación, En el presente capitulo se describe el planteamiento del problema, objetivo general y específicos, así como también la justificación y consideraciones éticas de la investigación.

1.1 Planteamiento del Problema

La amenaza de parto pretérmino (APP) es descrita por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO, 2020) como el "cuadro clínico caracterizado por la presencia de contracciones uterinas regulares con modificaciones cervicales que se produce entre las 22.0 y 36.6 semanas de gestación en gestantes con membranas amnióticas íntegras" (p. 284). Del mismo modo, esto indica un riesgo inminente de un parto prematuro, siendo la principal causa de morbimortalidad neonatal a nivel mundial, por lo cual representa un desafío significativo para la salud pública y la atención obstétrica al presentar una prevalencia de 7 - 10 % y alrededor de un 65 % de muertes perinatales. A pesar de los avances en la atención prenatal y el manejo obstétrico, la incidencia de APP ha mostrado una tendencia creciente o se mantiene en niveles preocupantes en muchas regiones, incluyendo Latinoamérica (Ochoa y Pérez, 2009).

En el 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que cada año en el mundo nacen alrededor de 15 millones de bebes antes de llegar a término, es decir más de 1 por cada 10 nacimientos, y cerca de un millón mueren debido a complicaciones en el parto y los que sobreviven presentan algún tipo de discapacidad en particular las relacionadas con el aprendizaje, problemas visuales y auditivos. Por su parte, Castillo et al. (2019) indican que en la mayoría de los casos que ingresan con el diagnóstico clásico de APP, el riesgo real de

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

desencadenarse el parto oscila entre el 20 a 30 %. Entendiéndose que el riesgo se refiere a la probabilidad de que ocurra un evento o situación indeseable que pueda o no causar daño, pérdidas o consecuencias negativas. Aunado a ello, la OMS (2023) considera factor de riesgo aquel que aumenta la posibilidad de que una persona desarrolle enfermedades. Existen factores de riesgo modificables los cuales son aquellos que se pueden mejorar, controlar o en su defecto eliminar a través de intervenciones preventivas. Por el contrario, los factores de riesgo no modificables son aquellas condiciones que una persona ya conserva y que las mismas no se pueden cambiar por lo tanto se escapan del ámbito del primero nivel de atención, sin embargo, tener su conocimiento es importante para evitar complicaciones.

En este orden de ideas, Escobar et al. (2016) estiman que la APP se relaciona con distintas variables las cuales incluyen las sociobiológicas o hábitos psicosociales (tabaquismo, alcoholismo, drogadicción y desnutrición crónica), antecedentes ginecobstétricos (parto pretérmino previo, aborto, entre otros), factores sociodemográficos (edad materna que incluye menores de 15 y mayores de 35 años, bajo nivel socioeconómico, falta de atención prenatal por las diferencias en el nivel socioeconómico y educacional entre los países desarrollados y los que están en vías de serlo). Asimismo, diversas patologías maternas y fetales pueden desencadenar un parto pretérmino, destacando la placenta previa, desprendimiento de placenta, incompetencia cervical, preeclampsia, retraso del crecimiento intrauterino, sufrimiento fetal, hipertensión arterial, anemia, infecciones sistémicas e infecciones del tracto urinario. Según Escobar et al. (2016), la ruptura prematura de membranas es la patología más asociada a la APP, desencadenando el trabajo de parto espontáneo en más del 90% de los casos dentro de las primeras 24 horas. Otros factores relevantes incluyen el polihidramnios, presente en el 0.4% a 2.3% de los embarazos, y la vaginosis bacteriana después de la semana 26, la cual presenta un riesgo relativo de 1.4% a 1.9% para la APP.

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

Por su parte, el estudio realizado por Salazar et al. (2021) identificó los principales factores de riesgo asociados a la APP. Entre los hallazgos más relevantes, destacaron que las infecciones urinarias fueron el principal desencadenante, representando el 65% de los casos. En cuanto a los antecedentes ginecoobstétricos, la primigesta mostró la mayor incidencia con un 41% de la muestra. Finalmente, desde una perspectiva sociodemográfica, las gestantes con edades comprendidas entre los 19 y 26 años fueron las más afectadas representando un 25%. Estos resultados destacan la relevancia del control prenatal estricto, ya que por medio del cual se logrará el manejo temprano y oportuno de infecciones urinarias, que son prevenibles y tratables. Así mismo un enfoque proactivo en el seguimiento de embarazadas, particularmente en primigestas y mujeres jóvenes, podría reducir significativamente la incidencia de APP y sus complicaciones asociadas.

Cabe mencionar que la APP es un factor significativo que contribuye a la mortalidad materna, es por ello que dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), específicamente el objetivo 5, el cual subraya la importancia del acceso universal a la salud reproductiva, refiere la implicación de acceso a servicios de salud que permitan a las mujeres tener embarazos seguros y resultados de parto saludables. La investigación sobre los factores de riesgo de la APP en el IAHULA es fundamental para este aspecto, ya que al conocer los factores de riesgo prevalentes en la población local (sociodemográficos, biológicos, físicos y relacionados con el embarazo), se pueden identificar áreas donde el acceso a información, prevención y atención prenatal adecuada podría ser deficiente o mejorable. Además, al comprender mejor los factores de riesgo, el personal de enfermería y otros profesionales de la salud en la emergencia obstétrica del IAHULA pueden brindar una atención más informada y de mayor calidad, lo que es esencial para un acceso universal a servicios de salud reproductiva efectivos. Esto incluye la capacidad de ofrecer una atención prenatal que detecte y gestione tempranamente el riesgo de APP, y un manejo adecuado en caso de que se presente.

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

Dicho lo anterior, es de relevancia la identificación temprana y el manejo adecuado de los factores de riesgo asociados a la APP, puesto que son cruciales para implementar estrategias de prevención, vigilancia intensiva y tratamientos tocolíticos oportunos, con el fin de prolongar la gestación y permitir la maduración fetal. Sin embargo, la multiplicidad de factores que pueden contribuir a la APP (biológicos, socioeconómicos, físicos, y relacionados con el embarazo) dificulta un enfoque estandarizado y efectivo sin un conocimiento profundo de su prevalencia y peso en poblaciones específicas.

Por consiguiente, es de vital importancia reconocer y hacer énfasis en el arduo trabajo que cumple el personal de enfermería en el área de emergencia obstétrica, quien además de ofrecer acompañamiento tanto a la gestante como a la familia es el principal responsable de brindar los cuidados necesarios que las pacientes ameritan en un momento determinado, de ahí la importancia de que sea un personal capacitado, es decir, que tenga conocimiento sobre los factores relacionados a la APP de esta forma podrá reconocerlos y actuar de manera adecuada sobre ellos.

www.bdigital.ula.ve

En el contexto local del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA) en Mérida, Venezuela, la emergencia obstétrica es un punto clave de atención para gestantes con diversas complicaciones. Es plausible que la población de pacientes atendidas en esta institución presente características particulares en cuanto a los factores relacionados a la APP, influenciadas por el perfil socioeconómico, cultural y de salud de la región. No obstante, existe una brecha en el conocimiento específico y actualizado sobre cuáles son los factores de riesgo más prevalentes y significativos en las pacientes que ingresan a esta emergencia con diagnóstico de APP. Esta falta de información precisa limita la capacidad del personal de salud para diseñar e implementar intervenciones preventivas y terapéuticas dirigidas, optimizar los recursos y mejorar los resultados materno-neonatales.

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

Por lo tanto, es imperativo realizar una investigación que permita comprender en profundidad los factores relacionados a la amenaza de parto pretérmino en esta población específica. La ausencia de un análisis detallado sobre las características sociodemográficas, biológicas, físicas y relacionadas con el embarazo de estas pacientes, impide la formulación de protocolos de atención y programas de prevención más efectivos y contextualizados, que puedan impactar positivamente en la reducción de la morbilidad y mortalidad asociada al parto pretérmino en el estado Mérida.

Descrito lo anterior, se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores relacionados a la Amenaza de Parto Pretérmino (APP) en gestantes atendidas en la emergencia obstétrica del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes – Mérida, durante el período 2020-2024?

1.2 Objetivos

www.bdigital.ula.ve

1.2.1 Objetivo general

Analizar los factores relacionados a la Amenaza de parto pretérmino (APP) en gestantes atendidas en la emergencia obstétrica del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes-Mérida, durante el periodo 2020-2024

1.2.2 Objetivos específicos

- • Describir los factores sociodemográficos relacionados a la Amenaza de parto pretérmino (APP) de las gestantes atendidas en la emergencia obstétrica del IAHULA durante los años 2020-2024.
- Identificar los factores obstétricos relacionados a la Amenaza de parto pretérmino (APP) de las gestantes atendidas en la emergencia obstétrica del IAHULA durante los años 2020-2024.

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

- Determinar los factores médicos relacionados a la Amenaza de parto pretérmino (APP) de las gestantes atendidas en la emergencia obstétrica del IAHULA durante los años 2020-2024.

1.3 Justificación

Ochoa y Pérez (2009) sostiene que la amenaza de parto pretérmino se considera no solo un problema obstétrico, sino también un problema de salud pública que incrementa el índice de mortalidad perinatal hasta en un 70%.

La APP es un motivo de consulta a destacar ya que, si no se llegase a captar, tratar e intervenir de manera inmediata, elevarían las cifras de partos pre términos. Cabe mencionar que, el parto pretérmino es un problema que contribuye significativamente a la morbimortalidad perinatal en los países en vías desarrollo, ya que aproximadamente uno de cada diez embarazos finaliza en nacimiento pretérmino y es una causa contribuyente de dos terceras partes de la mortalidad perinatal y la mitad de las secuelas neurológicas atribuidas a prematurez (Quiroz 2016, como se citó en Valecillo y Ramos, 2017).

www.bdigital.ula.ve

Dicho lo anterior, la presente investigación se fundamenta desde varios aportes a saber, entre ellos:

Desde un punto de vista teórico, la pesquisa y la recopilación de información obtenida a través de la base de datos estadísticos de las historias clínicas de pacientes que cursaron con el diagnostico medico de APP, contribuirán a fortalecer la base de evidencia científica e identificar los factores de riesgo asociados a la amenaza de parto pretérmino en el contexto local. Permitiendo al profesional de enfermería comprender mejor la epidemiología de esta condición y su impacto en la población materno-infantil del estado Mérida.

Desde un punto de vista práctico, la información obtenida facilitará la elaboración de protocolos, por ende, el manejo de atención clínica más precisa y personalizada en la emergencia obstétrica del IAHULA. Esto permitirá una detección temprana de las pacientes en

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

riesgo, una intervención oportuna y una asignación más eficiente de los recursos, mejorando los resultados perinatales, mediante el manejo optimo del primer nivel de atención.

Desde un punto de vista social, una vez que los factores de riesgo sean claramente establecidos, se pueden diseñar e implementar estrategias de salud pública más efectivas, abriendo vías para el desarrollo de intervenciones específicas y focalizadas, como programas de asesoramiento nutricional, detección y tratamiento de infecciones, manejo del estrés, o mejoras en la adherencia al control prenatal, con el objetivo de prevenir la APP y el parto pretérmino, lo que podría reducir la incidencia de nacimientos pretérmino y sus secuelas.

Desde un punto de vista metodológico, este estudio aportará datos empíricos valiosos y específicos de la población atendida en el IAHULA. Dicha información es fundamental para la toma de decisiones clínicas y de gestión en el ámbito local, ya que los factores de riesgo pueden variar significativamente entre distintas poblaciones y entornos geográficos. De igual manera, el mismo servirá como base para futuras investigaciones de profesionales de enfermería que pernotan en el área obstétrica en la región, logrando ser una herramienta didáctica valiosa para la identificación y manejo de la APP adaptadas a la realidad local.

www.bdigital.ula.ve

1.4 Alcances

- Identificar y analizar la prevalencia de factores relacionados con la amenaza de parto pretérmino.
- Determinar la viabilidad de la investigación retrospectiva en base a los recursos necesarios.
- Generación de nuevas hipótesis sobre posibles relaciones causales.

1.5 Limitaciones

- Dado que los datos proceden de historias clínicas, existe la posibilidad de que estén incompletos.

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

- Debido a las restricciones de tiempo, tanto a lapsos curriculares de la universidad como al horario de atención al público (solo días miércoles) en el archivo de estadísticas del IAHULA, el abordaje de la investigación podría verse limitado.

1.6 Línea de investigación

Según Hernández et al. (2014), se consideran las líneas de investigación como temáticas o conjuntos de temas que se estudian de forma continua y organizada dentro de un área del conocimiento. Desde una perspectiva metodológica, las líneas de investigación corresponden a conjuntos de problemas de estudio interrelacionados, que son abordados de manera organizada y permanente dentro de una disciplina.

Dicho esto, el presente estudio se encuentra sujeta a la línea de investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes, en el marco de la formación integral del estudiante, denominada El proyecto de vida y la salud sexual y reproductiva, con área temática en grupos vulnerables desde el punto de vista de la salud pública. Esta línea de investigación está bajo la dirección del Grupo de Investigación: "La Enfermería y los procesos sociales" del Departamento de Enfermería en Salud Familiar y Desarrollo Humano de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes (Rediseño curricular de la Escuela de Enfermería, 2016).

www.bdigital.ula.ve

1.7 Consideraciones éticas de la investigación

La ética en la investigación es crucial, ya que asegura la integridad y el rigor de los estudios científicos, especialmente en el ámbito de la salud, donde el compromiso es ineludible para garantizar que la investigación se realice de manera respetuosa, justa y beneficiosa para todos los implicados (Equipo de Expertos en Ciencias de la Salud de la Universidad Internacional de Valencia, 2024)

En este sentido, la investigación que involucra la revisión de documentos médico-legales requiere una adhesión estricta a los principios éticos universales de autonomía,

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

beneficencia, no maleficencia y justicia. Dada la naturaleza sensible de la información contenida en estos registros, es fundamental garantizar la protección de los derechos de los individuos y la integridad del estudio.

Dicho lo anterior, aunque la investigación se basa en la revisión de historias clínicas y no implica la interacción directa con los pacientes, el principio de autonomía se resguarda a través de la anonimización y seudonimización de los datos. Esto asegura que la información recopilada no pueda vincularse directamente con la identidad de los individuos, respetando su derecho a la privacidad y al control sobre su información personal. Se considera que, al no haber una intervención directa que altere su estado de salud o su vida, y al garantizar la confidencialidad, se respeta el manejo de sus registros de forma profesional.

Por otra parte, al analizar historias clínicas para estudiar los factores relacionados a la APP, conllevan al principio de beneficencia al contribuir a una mejor comprensión de las condiciones de salud y a la implementación de intervenciones de enfermería más efectivas y, por ende, a la prevención de complicaciones durante la gestación.

www.bdigital.ula.ve

En cuanto al principio de no maleficencia, que implica "primero no hacer daño", es crucial en esta investigación y se garantiza mediante la rigurosa protección de la confidencialidad y el secreto profesional. Toda la información obtenida de las historias clínicas será tratada con la máxima discreción, evitando cualquier divulgación que pueda causar perjuicio social, al individuo o a la institución. El acceso a los datos será bajo mecanismos de seguridad del personal autorizado y comprometido con la ética de la investigación. Por tal motivo, se tomará en consideración lo establecido en el artículo 42 del Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería (2012), el cual señala lo siguiente: "Todo profesional de enfermería cuando realice un trabajo de investigación o publicación relacionado con los usuarios en dependencias universitarias, comunitarias y asistenciales, debe guardar confidencialidad de toda la información para que no perjudique al usuario o la institución".

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

Asimismo, la aplicación del principio de justicia, la cual está relacionado con la norma moral de dar a cada quien lo que necesita, en esta investigación se manifiesta en la adecuada distribución de los recursos. Teniendo en cuenta este aspecto, la selección de las historias clínicas se realizará de manera imparcial, sin realizar cualquier tipo de discriminación, a su vez la información obtenida será accesible para todos los profesionales de la salud y buscará aplicar en beneficio de toda la población atendida por la institución.

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

El marco teórico es el producto de la revisión documental, que consiste en describir, comprender y explicar el tema en estudio desde la perspectiva teórica. El presente capitulo incluye los antecedentes que para ser considerados deben ser del último quinquenio y estar relacionados entre sí, además incluye las bases teóricas, legales, consideraciones éticas, y cuidados de enfermería.

2.1 Antecedentes de la investigación

Quiñonez y Suing (2024), en su investigación realizada en Ecuador, titulada "Prevalencia de amenaza de parto pretérmino y su relación con los factores de riesgo asociados en el hospital regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja"; fue un estudio analítico retrospectivo con una muestra de 130 embarazadas ingresadas al área de ginecología y obstetricia del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja durante el periodo 2021. Los datos fueron recolectados mediante un formulario y procesados utilizando el sistema informático IBM SPSS 20 y Microsoft Excel 2010. Se obtuvo como resultados La edad promedio fue de 24,94 años. El 47,7% eran solteras y el 63,9% tenían instrucción secundaria. La prevalencia de amenaza de parto pretérmino fue del 29,7%, con el 67,39% de los casos ocurridos entre las 32 y 36,6 semanas de gestación. Se asoció significativamente con la ruptura prematura de membranas (p 0,028, OR: 2,212, IC 95%: 1,081-4,528), la vaginosis bacteriana (p 0,020, OR: 0,247, IC 95%: 0,070-0,867) y los controles prenatales insuficientes (p 0,001, OR: 0,308, IC 95%: 0,148-0,641). Los factores de riesgo más prevalentes fueron las infecciones urinarias con un 60,9% y embarazos múltiples con un 32,6%. Concluyeron que la prevalencia de amenaza de parto pretérmino fue alta y se relacionó estrechamente con la ruptura prematura de membranas, la vaginosis bacteriana y la insuficiencia en los controles prenatales.

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

De igual manera, Rodríguez (2024) en su investigación realizada en Perú, titulada "Factores maternos asociados a amenaza de parto pre término. Hospital II-E Simón Bolívar. Cajamarca, 2022-2023". En su estudio de diseño y tipo no experimental, correlacional; se utilizó una muestra de 72 historias clínicas. Resultados: referente a los factores sociodemográficos indica que: 58,3% tuvieron entre 18 a 29 años; 59,7% convivientes; 76,4% amas de casa; 48,6% procedieron de zona urbana; 52,8% cursaron secundaria. Referente a los factores obstétricos: 37,5% de las gestantes tuvieron IMC PG sobrepeso; 54,2% multíparas; 68,1% con más de 6 CPN; 75,0% no mostró el antecedente de aborto; 94,4% no presentó antecedente de parto pretérmino; 25,0% tuvieron el antecedente de periodo intergenésico entre 2 - 5 años; 68,1% tuvieron infección al tracto urinario; 65,3% presentó infección vaginal. Conclusión: se encontró asociación significativa entre la amenaza de parto pretérmino y los factores sociodemográficos: ocupación y procedencia, con los factores obstétricos: IMC PG obesidad, infección del tracto urinario e infección vaginal, con un coeficiente $p< 0,05$.

www.bdigital.ula.ve

En este contexto, Torres y Burgos (2023), en Perú, realizaron una investigación titulada "Amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto Felipe Santiago Arriola Iglesias 2022", utilizaron una metodología para su estudio de tipo transversal, retrospectivo nivel descriptivo de método inductivo. Para el estudio la población estuvo constituida por todas las gestantes con amenaza de parto pretérmino atendidas en el Hospital Regional de Loreto Felipe Santiago Arriola Iglesias de la región Loreto de julio a diciembre del 2022; que según registros hospitalarios fueron un total de 40 pacientes. Muestra censal. Técnica análisis documental e instrumento, ficha de recolección de datos. Se alcanzó como resultados que el 37.5% (15) tuvieron edades extremas [$\leq$ 18 años (27.5%) y $\geq$ 35 años (10%)], el 60% (24) tuvieron menos de 27 años, el 72.5% (29) tuvieron educación secundaria, el 80% (32) fueron convivientes, el 67.5% (27) tuvieron sobrepeso u obesidad, el 57.5% (23) tuvieron su primera APN antes de las 14 semanas, el 62.5% (25) tuvieron menos de 6 atenciones

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

prenatales, el 45% (18) fueron nulíparas, el 35% (14) no tuvieron un periodo intergenésico adecuado [PIG corto (10%) y PIG largo (25%)], el 15% (6) registraron antecedentes de riesgo obstétrico, el 25% (10) fueron cesarías anteriores, el 27.5% (11) tuvieron amenaza de parto pretérmino antes de las 32 semanas, el 55% (22) tuvieron amenaza de parto pretérmino antes de las 34 semanas y el 45% (18) tuvieron amenaza de parto pretérmino de las 34 a 36 semanas, el 90% (36) presentaron morbilidades previas a la amenaza de parto pretérmino, el 40% (16) presentaron anemia, el 47.5% (19) presentaron complicaciones obstétricas sobre añadida a la amenaza de parto pretérmino, el 7.5% (3) de las gestantes presentaron embarazo doble, el 65% (26) presentaron complicaciones fetales, del 100% (40) de gestantes con amenaza de parto pretérmino, el 65% (26) terminaron en parto pretérmino y el 35% (14) terminaron en partos a término. En conclusión, las madres fueron jóvenes, convivientes, con educación secundaria, con sobrepeso u obesidad, nulíparas, PIG no adecuado, con antecedentes de riesgo obstétrico, con morbilidades previas a la amenaza de parto pretérmino; así mismo más de la mitad presentaron complicaciones obstétricas y terminaron en parto pretérmino.

www.bdigital.ula.ve

Por su parte, García (2022) realizaron una investigación en Nicaragua, titulada "Factores de riesgo relacionados a la amenaza de parto pretérmino en embarazadas atendidas en Hospital Sermesa Masaya, de septiembre 2021- febrero 2022". Teniendo una metodología de tipo descriptivo y de corte transversal, con un enfoque a nivel cuantitativo y cualitativo debido a la recolección de datos, utilizando tanto mediciones numéricas como análisis estadísticos para determinar los distintos patrones de comportamiento en el tema investigativo. Este estudio tuvo una muestra de 86 pacientes diagnosticadas con amenaza de parto pretérmino en embarazadas atendidas en Hospital Sermesa Masaya. Se obtuvó como resultado que dentro de los factores socio-demográficos la edad comprendida de mujeres embarazadas que fueron atendidas por amenaza de parto pretérmino, la mayoría estaba entre 21-30 años con 73.3%, el estado civil correspondiente a un 43% eran casadas, entre los datos gineco-obstétricos se

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

encontró que la mayor frecuencia es en las bigestas con el 43%, las captaciones de atención prenatal corresponde al 89.5% y en captación temprana el 10.5%, el IMC correspondió en normopeso con el 60.5%, las patologías maternas asociadas se encontraron que las infecciones Cervico - vaginales se presentaron con el 65.1% seguidas de las infecciones urinarias con un 11.6 %. De este modo, concluyeron que no hay mayor asociación entre la amenaza de parto pretérmino y el estado hipertensivo del embarazo, tampoco se encontró que la ruptura prematura de membranas haya sido causa de esta entidad clínica. Las pacientes en estudio no mostraron alteraciones en el volumen de líquido amniótico (polihidramnios).

En este sentido, Salazar et al. (2021), realizaron un estudio en Ecuador, titulado "Causas más frecuentes de amenaza de parto prematuro en el Hospital Universitario", este fue un estudio retrospectivo de corte transversal analítico, en donde se incluyeron a todas las pacientes que acudieron al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Universitario con embarazo de 27 a 37 semanas gestación; que cursaban con amenaza de parto prematuro en el periodo 2012, se tomaron 302 historias clínicas de pacientes atendidas por diferentes causas. Se ingresaron a hospitalización según riesgo y se utilizaron tocoliticos, antibióticos e inductores de madurez pulmonar; obteniendo como resultados 302 eventos obstétricos atendidos, 159 fueron amenazas de parto prematuro determinando un 53%. Las patologías de riesgo de amenaza parto prematuro son: Infecciones del tracto urinario (65%), infecciones genitales (14%), oligohidramnios (7%), ruptura prematura de membranas (4%), pielonefritis (4%) fistula amniótica (3%), trastornos placentarios (2%), traumatismo (1%), bradicardia fetal (1%); estas patologías pueden diagnosticarse y tratarse en la atención prenatal. Dentro de los antecedentes Gineco-Obstétricos con amenaza de parto prematuro tenemos: primigesta (41%), nulípara (10%), secundigestas (25 %); multigestas (24%).cuya edad gestacional oscila entre 27 - 30 semanas (36%). La madre con mayor riesgo de amenaza de parto prematuro es de 19-26 años de edad (25 %). Se concluyó que la infección de vías urinarias es la patología que con mayor

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

frecuencia se presenta durante el embarazo, con tratamiento adecuado evitaremos complicaciones como es la Amenaza de parto prematuro.

En cuanto al tema de investigación, se alinea de manera significativa con los antecedentes presentados, ya que busca analizar la relación entre diversos factores relacionados con la APP. Concuerdan con la identificación de factores de riesgos claves como factores clínicos, maternos pregestacionales, maternos gestacionales, fetales y uterinas, conización cervical, asociándose significativamente con el parto pre término. Estos factores sociodemográficos y clínicos permiten a la investigación en estudio, al ser de tipo explicativo, profundizar en la relación de estos cuya influencia es similar a la de la población del IAHULA Mérida, Venezuela.

Mientras que los antecedentes abarcan diversas regiones (Latinoamericano), esta investigación se enfoca en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes, Mérida, Venezuela, permitiendo generar conocimiento específico y relevante para esta institución y su población. Resaltando la importancia de la prevención y el reconocimiento de factores de riesgo.

www.bdigital.ula.ve

Asimismo, este estudio no solo se nutre de los hallazgos previos, sino que también ofrece la oportunidad de aportar una visión detallada y actualizada de los factores relacionados a la APP en un entorno hospitalario específico como lo es la emergencia obstétrica del IAHULA, Además, siendo de utilidad para la enfermería basada en evidencia local para el desarrollo de protocolos de atención y programas de prevención de la APP más efectivos y adaptados a las necesidades de la población atendida en el IAHULA.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Amenaza de parto pretérmino

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2020) define la amenaza de parto pretérmino como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

cervicales progresivas desde las 22.0 hasta las 36.6 semanas de gestación con membranas amnióticas íntegras. No obstante, estos parámetros presentan una baja sensibilidad y especificidad para predecir el parto pre término. Por su parte, Álvarez y Pérez (2017) lo define como la situación en que las contracciones uterinas, de frecuencia e intensidad progresiva, permiten la dilatación del cuello uterino antes de las 37 semanas de gestación.

2.2.2 Causas de la APP

La amenaza de parto pretérmino es multifactorial, una mejor comprensión de las causas y los mecanismos de esta permitirá avanzar en la elaboración de soluciones de prevención. Así pues, se pueden abarcar en tres grandes grupos: Secundario a ruptura prematura de membranas (28%), iatrogénico (33%) e idiopático (39%) (Robert et al., 2014). De acuerdo a eso y según los mencionados autores la mayoría de los partos pretérmino secundarios a causas idiopáticas y por RPM se ligan a cuatro procesos:

www.bdigital.ula.ve

- Activación del eje hipotálamo-pituitaria adrenal materno o fetal.
- Sobredistensión uterina (gestación múltiple, polihidramnios).
- Hemorragia decidual.
- Infección/Inflamación Intraamniótica (IIIA) subclínica.

2.2.3 Complicaciones de la APP

Según Zhang (2024), la principal complicación de la APP es el parto pretérmino, lo cual a su vez presenta complicaciones tanto para la madre como para el bebé.

- Complicaciones neonatales: Los bebés prematuros corren el riesgo de padecer diversos problemas de salud como: Anemia, síndrome de dificultad respiratoria, taquipnea transitoria, enterocolitis necrosante, retinopatía del prematuro, displasia broncopulmonar, neumonía, apnea bradicardia, infección, ictericia, hemorragia interventricular, incapacidad para mantener la temperatura corporal, sistema Gastrointestinal y digestivo Inmaduro. (Zhang, 2024). Según un estudio realizado en Ecuador por Rosado (2021), se evidenció que las

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

complicaciones más frecuentes de los recién nacidos prematuros fueron el síndrome de dificultad respiratoria con una incidencia del 83% de casos, la sepsis neonatal con 67%, la hipoglucemia con 17%, la retinopatía y la muerte fetal que representaron un 6% cada una.

• Complicaciones maternas: Las madres con APP tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones como: Hemorragia posparto, infecciones y ansiedad o depresión posparto (Zhang, 2024).

2.2.4 Manejo farmacológico de la APP

Las estrategias de manejo de la APP se centran en retrasar el parto para permitir un mayor desarrollo fetal y reducir los riesgos asociados con un parto prematuro. Al respecto, Iza y Bustillos (2022) plantean que el tratamiento de elección es:

• Terapia tocolítica: Los tocolíticos son medicamentos que se utilizan para suprimir las contracciones uterinas y retrasar el parto hasta 48 horas. Los más utilizados son el sulfato de magnesio, nifedipina, indometacina, y la ritodrina. La nifedipina (liberación inmediata) se administra por vía oral a 10-20 mg cada 6 horas. En caso del sulfato de magnesio se administra dosis inicial de 4 a 6 g durante 20 a 30 min; seguido de una infusión de mantenimiento 2g/h. Además de su función como tocolítico, el sulfato de magnesio se utiliza para proteger el cerebro del bebé si el parto prematuro es inminente, reduciendo el riesgo de parálisis cerebral (Iza y Bustillos, 2022). El sulfato de magnesio se puede usar como tocolítico, pero se asocia con efectos adversos maternos significativos y se debe tener precaución si se combina sulfato de magnesio con agonistas de los receptores beta-adrenérgicos o bloqueadores de los canales de calcio debido a posibles complicaciones maternas (Routi, 2020).

• Corticosteroides: La administración de corticosteroides entre las semanas 24 y 34 de gestación. El corticoide de elección es betametasona 12mg v.im. y el tratamiento inicial consistirá en 2 dosis separadas en 24 horas. Para maduración pulmonar fetal si EG <34

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

semanas, dicho tratamiento ayuda a acelerar el desarrollo de los pulmones y otros órganos vitales del bebé (Iza y Bustillos, 2022).

• Antibióticos: El uso de este fármaco se reserva principalmente para casos de ruptura prematura de membranas, ya que ayuda a prevenir complicaciones maternas y neonatales asociadas a esta condición. Sin embargo, no se recomienda su administración rutinaria en todos los casos de APP con membranas intactas. El fármaco de elección en estos casos es la eritromicina (Iza y Bustillos, 2022).

Una revisión sistemática y un metanálisis mostraron que los inhibidores de prostaglandinas y los bloqueadores de los canales de calcio son los mejores tocolíticos según cuatro resultados: retraso del parto en 48 horas, mortalidad neonatal, síndrome de dificultad respiratoria neonatal y efectos adversos maternos (Routi, 2020).

2.2.5 Manejo de enfermería en emergencia obstétrica

www.bdigital.ula.ve

El papel de enfermería en estas condiciones requiere una intervención rápida, coordinada y basada en evidencia para prevenir el nacimiento prematuro y sus complicaciones. Cuando se evidencia dinámica uterina regular en una paciente que ha consultado por clínica compatible con APP, se actuara en función del riesgo (Cobo et al., 2018).

En pacientes de bajo riesgo y en aquellas de alto riesgo sin cérvix corto:

- Reposo y observación 2-3h en el área de urgencias para valorar si hay cambios en las condiciones cervicales considerando la posibilidad de administrar nifedipina de forma puntual.

- Si cede la DU y no existen modificaciones cervicales, valorar la alta domiciliaria con reposo relativo en las siguientes 24h y control obstétrico habitual.

- Si no cede la DU, pero no hay modificaciones cervicales, valorar ingreso hospitalario en observación durante 12-24h. Inicialmente, no se administrará tratamiento tocolítico ni corticoides de forma sistemática. Sólo se utilizarán los tocolíticos como tratamiento sintomático y con una pauta de 12-24 horas si precisa.

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

- Si hay modificaciones cervicales: ingreso hospitalario.

El resto de pacientes de ALTO riesgo por cérvix corto o modificaciones cervicales serán tributarias de ingreso con el diagnóstico de APP.

Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO, 2020), en ausencia de dinámica uterina regular o cuando las modificaciones cervicales son un hallazgo asintomático, es necesario valorar los parámetros de alto riesgo con precaución. La institución señala que estos hallazgos (por ejemplo, cérvix corto), no requieren tratamiento tocolítico inmediato, pero sugiere un seguimiento en 1-2 semanas y el uso de progesterona natural micronizada (200 mg/24h) en gestaciones menores a 26 semanas.

2.2.6 Factores de riesgo de la APP

2.2.6.1 Condiciones socioeconómicas

• Edad materna: Se conoce que los extremos de la edad materna predisponen a la APP. En las adolescentes la inmadurez fisiológica y los factores socioeconómicos aumentan el riesgo de APP (Jiang et al., 2018). En aquellas gestantes con más de 35 años tienen mayor riesgo de presentar enfermedades crónicas aun no detectable o crónicas (Basso, 2019). Un estudio retrospectivo reporto que las mujeres que eran menor a 20 años de edad, en comparación con las que tenían entre 25 y 29 años, tenían un riesgo 6,63 veces mayor de parto prematuro (Jiang et al., 2018).

www.bdigital.ula.ve

• Estado civil: En caso de aquellas madres solteras o sin pareja estable pueden experimentar mayor estrés psicológico, falta de apoyo emocional y económico, lo que impacta negativamente en la salud materna. En un estudio realizado en Nicaragua, se encontró entre los factores sociodemográficos estudiados, 17.4% son solteras, mostrando que el mayor porcentaje de gestantes con APP de acuerdo a su estado civil el 32% son solteras en cambio, en un estudio venezolano realizado en encontró que el 76% soltera (Calero y Hernández, 2017).

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

• Procedencia: La procedencia de las pacientes podría afectar la calidad y cantidad de controles prenatales realizados ya que, en su mayoría, las pacientes de zonas rurales suelen acudir con menos frecuencia a las unidades de salud (Cajina y Sánchez, 2021). En zonas rurales, las gestantes suelen acudir con menor regularidad a las unidades de salud, lo que dificulta la detección temprana y el manejo oportuno de posibles complicaciones. Además, factores como la distancia a los centros médicos **y** las exigencias laborales limitan su capacidad para cumplir con las consultas y recomendaciones médicas, aumentando el riesgo de resultados adversos en el embarazo (Iza y Bustillos, 2022).

• Nivel educativo: Un bajo nivel educativo no solo restringe el acceso a información de salud, sino que también dificulta la comprensión de las indicaciones médicas y la adherencia a los tratamientos (Iza y Bustillos 2022). Se ha demostrado que en pacientes con escolaridad baja es más frecuente el parto pretérmino debido la falta de conocimiento con los cuidos que debe tener en el embarazo y entendimiento de la información brindada (Vargas & Tijerino, 2015).

www.bdigital.ula.ve

• Ocupación: Las condiciones laborales y el tipo de trabajo son factores determinantes en la APP, ya que son actividades que demandan esfuerzo físico intenso**,** jornadas prolongadas**,** exposición a agentes químicos **o** estrés ocupacional crónico**.** Aquellas pacientes con aumento en el estrés y además con trabajos que impliquen más de 51-70 horas a la semana aumenta el riesgo de APP hasta 2.5 veces más en comparación a aquellas gestantes con periodos de tiempo más cortos (Palmer et al., 2014). Mujeres expuestas a condiciones de estrés tienen niveles aumentados de marcadores inflamatorios como la PCR hecho que sugiere que la vía inflamatoria sea la causa del riesgo de parto pre término (Vargas & Tijerino, 2015).

2.2.6.2 Factores biológicos de la APP

• Antecedentes de parto pretémino: Es uno de los factores más significativos para un APP, el riesgo es directamente proporcional, presentando una recurrencia del 15 al 50%. dependiendo del número y la edad gestacional de partos anteriores (Escobar, 2016; Glover,

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

2018). Las mujeres con un parto pretérmino previo tienen 2.5 veces mayor riesgo de parto pretérmino en su próximo embarazo (Iza y Bustillos, 2022). El riesgo para las pacientes con historia de un parto pretérmino previo menor de 35 SG es de 15%. Si tiene 2 antecedentes, el riesgo es del 41%, si 3 antecedentes, es del 67 % (Silva, 2018).

• Antecedentes de cesaría previa: La gran mayoría de los partos prematuros se realizan a través de una cesárea, para evitar diferentes riesgos que pueden sufrir la madre o el recién nacido, pero hay casos que se pueden dar por parto vaginal, todo depende de que la madre no llegue a presentar complicaciones al momento del parto (Guartan & Morocho, 2019).

• Infecciones vaginales: En el embarazo cuando existe la presencia de infección genital, la microbiota vaginal normal se altera y agentes bacterianos aumentan, produciendo un desequilibrio de la flora normal, y a medida que las mencionadas infecciones progresan, existe más inflamación afectando a todas las membranas fetales que a su vez puede causar ruptura prematura de las membranas y el parto (Iza y Bustillos, 2022).

www.bdigital.ula.ve

• Longitud cervical corta: La presencia de un cuello uterino corto en la mitad del embarazo se convierte en un factor de riesgo significativo para el parto prematuro espontáneo, si el cuello uterino es más corto el riesgo aumenta (Nguyen et al., 2021). En relación a lo mencionado anteriormente, un estudio retrospectivo donde se analizó 224 embarazos que tenían cuello uterino corto antes de las 24 semanas de gestación con antecedente de parto prematuro espontáneo previo (PPEP), mostró que no hubo evidencia de una mayor proporción de embarazos con cuello uterino corto para mujeres con dos o más partos prematuros espontáneos previos en comparación con un parto PPEP encontrando un riesgo relativo (OR:1,03; IC 95% 0,82-1,30) (Frey et al., 2022).

2.2.6.3 Factores de riesgo físicos

• Control prenatal: Un control prenatal insuficiente se identificó como factor de riesgo para prematurez, ya que el 17% de las mujeres que cursaron con parto pretérmino refirió no

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

haber acudido cuando menos a cinco consultas prenatales (cifra aceptada por la OMS) durante todo el desarrollo del embarazo (Escobar et al., 2016).

• Obesidad materna: La obesidad por sí misma no parece ser un factor independiente que ocasione el aumento de la prematuridad, sino las complicaciones médicas como la hipertensión y la diabetes, según Uzaga et al. (2019). Las mujeres obesas son más propensas a tener bebés con anomalías congénitas, como defectos del tubo neural, estos niños son más propensos a ser prematuros (Cajina y Sánchez, 2021).

• Comorbilidades asociadas: La APP tuvo mayor frecuencia en mujeres con enfermedades crónicas. Se identificó que, en embarazadas con antecedente de diabetes, se presenta casi cinco veces más que en quienes no la padecen (Chavarria, 2019). Por lo cual La amenaza de parto prematuro y el parto prematuro son clásicas complicaciones relacionadas con la diabetes (INFOSALUS, 2019). Estudio realizado por Enciso y Cisneros (2023) demostraron que el 68.2% de la población tuvieron comorbilidades médicas como Infección de tracto urinario (39.4%); Vaginosis bacteriana (10.6%), e Hipertensión arterial (3%), COVID19 en un (3%), Hepatitis B (1.5%) y Sífilis en un (1.5%). El 12.1% de las mismas tuvieron comorbilidades obstétricas, como ruptura prematura de membranas (4.5%), preeclampsia leve (3%).

www.bdigital.ula.ve

2.2.6.4 Factores de riesgo relacionados con el embarazo

• Periodo intergenésico: Representa un factor de riesgo significativo, la OMS (2020), recomienda un intervalo mínimo de dos años entre embarazo, ya que espaciar los embarazos ayudaría a prevenir resultados perinatales adversos.

• Primiparidad: Según base de datos del departamento de Ginecología y Obstetricia del HUSVP se pudo identificar en base a la gravidez de pacientes de este centro de salud que el 72.9% eran primigestas y un 25% de ellas tenia embarazos repetidos, haciendo que sea un factor de riesgo para el aparecimiento de APP, en estas pacientes (Calero & Hernández, 2017).

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

• Embarazo múltiple: Este factor de riesgo aumenta hasta un 7.7 veces el riesgo de una APP. En las pacientes con embarazos gemelares se ha documentado que existe un aumento en la prevalencia de hasta el 30-50% (Oskovi, 2018).

2.3 Teorizantes de enfermería relacionadas con la investigación

La prevención de la amenaza de parto pretérmino es un aspecto crucial en la salud materno-fetal actual, condicionalmente el parto prematuro es una de las principales causas de morbimortalidad neonatal y secuelas a largo plazo en los recién nacidos Por todo ello, adquiere especial importancia la educación para la adquisición de conocimiento acerca de esta emergencia obstétrica por medio de ella, todo el profesional de enfermería sabrá cómo actuar ante estas condiciones, para mantener fuera de peligro la vida tanto de la madre como de su hijo. Por lo tanto, se considera oportuno hacer mención del "Modelo de la Promoción de la Salud" (Pender, 2015), la cual guarda relación con la investigación debido a ser una guía a la adecuada implementación de intervenciones preventivas para adoptar comportamientos saludables y de esta manera conseguir un estado de salud optimo en la gestante, fomentando la educación e incrementando sus conocimientos sirviendo como medio de trasmisión de los mismos hacia otras mujeres con el fin en común de lograr tener un embarazo saludable. Por medio de la promoción se concientizará a la población en general sobre la importancia de asistir al establecimiento de salud más cercano en casos de sentir una situación irregular de salud, así mismo se resaltará la relevancia de acudir a los controles prenatales ya que es allí donde la gestante aparte de recibir una educación y atención especializada sabrá su condición de salud real.

En este contexto, además adquiere relevancia "La teoría de la incertidumbre ante la enfermedad" (Mishel, 1988), la cual propone que la incertidumbre puede disminuir el afrontamiento y la adaptación del individuo. Sin embargo, si el evento es evaluado efectivamente, sobreviene la adaptación y la incertidumbre se convierte en una oportunidad Si,

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

por el contrario, el evento se torna comprometido, el afrontamiento requiere de acciones de apoyo psicológico. La determinada teoría guarda directa relación con el presente estudio porque la gestante con una APP en un momento dado de su embarazo experimenta diversas sensaciones que la desestabilizan en su entorno, que generan inseguridad o intranquilidad; éstos se incrementan si existe desconocimiento sobre la evolución del evento clínico. Por ende, es fundamental que el profesional de enfermería proporcione información que ayude a los pacientes a comprender la experiencia de la enfermedad, con el objetivo de modificar la perspectiva estresante a esperanzadora. Igualmente debe identificar la situación estresante para efectuar un plan de cuidados específicos en pro de mejorar la incertidumbre tanto en la embarazada como en la familia enfocado a lograr el afrontamiento e interacción familiar en la toma de decisiones, lo cual mejora la calidad de vida materno-fetal durante el proceso de atención.

www.bdigital.ula.ve

2.4 Hipótesis

Las hipótesis son afirmaciones tentativas que buscan dar una respuesta provisional al problema planteado y que serán comprobadas o refutadas a lo largo de la investigación.

Hipótesis Alternativa (H1): Existe una asociación significativa entre diversos factores de riesgo sociodemográficos, obstétricos y médicos con la Amenaza de Parto Pretérmino (APP) en gestantes atendidas en la emergencia obstétrica del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes – Mérida, durante el período 2020-2024.

Hipótesis Nula (H0): No existe una asociación significativa entre los factores de riesgo sociodemográficos, obstétricos, y médicos con la Amenaza de Parto Pretérmino (APP) en gestantes atendidas en la emergencia obstétrica del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes - Mérida durante el período 2020-2024.

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

2.5 Bases legales

El presente estudio se apegó a la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, específicamente al artículo 83 el cual establece que ‘’La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios… El citado artículo, se vincula directamente con esta investigación, ya que fundamenta la necesidad de garantizar atención médica oportuna durante todas las etapas del embarazo**.** Este marco jurídico respalda la aplicabilidad de políticas de prevención**,** las cuales son esenciales para la identificación temprana de factores relacionados a la amenaza de parto pretérmino. La correcta implementación de estas políticas no solo favorece la detección precoz de riesgos, sino que también contribuye a reducir complicaciones en gestantes con APP**,** alineándose así con los principios constitucionales de universalidad, integralidad y equidad en la atención sanitaria.

www.bdigital.ula.ve

De igual manera, se ha tomado en cuenta el artículo 84, el cual indica que ‘’Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad… Este articulo mantiene concordancia con el estudio ya que, al establecer políticas públicas, se incentiva en el cumplimiento de diversas situaciones como: Reducción en la incidencia de APP mediante prevención activa, atención oportuna y de calidad en la población afectada. Conllevando esto al logro de aspectos positivos como el mantenimiento de estándares éticos en la atención, que, si bien cuando son aplicados por el equipo de salud especialmente por el profesional de enfermería, pueden transformarse en mejores resultados perinatales para la población venezolana.

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

Por otro lado, la Ley Orgánica sobre el derecho de las Mujeres a una vida libre de violencia (2010) en su artículo 15 cita que: Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en: 1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas… Esta disposición guarda estrecha relación con la APP, ya que una gestante en esta condición **r**equiere intervención médica inmediata para evitar complicaciones graves. Si el personal de salud no actúa con la diligencia debida, se justifica como un acto de negligencia médica, lo que expone al binomio madre-hijo a riesgos significativos**,** tales como: parto prematuro, mayor riesgo de mortalidad materna y perinatal**, y** complicaciones a largo plazo.

De igual manera la Normal Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva (2013) hace referencia en una de las estrategias generales el fortalecer las actividades de información, educación, comunicación asesoramiento para la prevención de las principales complicaciones obstétrico perinatales… Lo cual guarda una relación fundamental con la prevención y manejo de la APP a través de: Promoción de la salud, capacitación al personal para alcanzar un óptimo conocimiento e identificar los factores de riesgo y la optimización del control prenatal. Esta triple dimensión de acción -preventiva, formativa y asistencial constituye un abordaje integral que fortalece la capacidad del sistema de salud para reducir la incidencia y dificultades asociadas a la APP.

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

En este capítulo se describe el tipo de estudio, se hace referencia a la población y muestra seleccionada, método e instrumento de recolección de datos, procedimiento para la validez, así como el plan de tabulación y análisis.

3.1 Tipo y diseño de la investigación

De acuerdo al problema y los objetivos que se plantean, esta es una investigación de enfoque cuantitativa, de alcance tipo ex post facto, con diseño retrospectivo de corte transversal.

La investigación cuantitativa se define como un proceso sistemático de recolección, análisis e interpretación de datos numéricos para responder preguntas de investigación específicas y validar hipótesis. Este enfoque se basa en la recopilación de datos objetivos y cuantificables, que pueden ser analizados utilizando técnicas estadísticas (Bonifaz, 2024).

www.bdigital.ula.ve

Según Polit y Hungler (2005), los estudios ex post facto “pretenden comprender las relaciones entre los fenómenos tal como ocurren en la naturaleza, sin la intervención del investigador” (p.189). Bajo este enfoque, la investigación permite explicar la etiología de la APP y las condiciones en que esta se manifiesta, analizando los factores propios de la gestante que la predisponen a dicho riesgo.

Bajo esta premisa, la investigación se tipifica como un estudio de casos y controles, el cual consiste en seleccionar a un grupo de personas que poseen una enfermedad o característica determinada (casos) y se compara con un grupo que no la presenta (controles), con el fin de determinar si estuvieron expuestos a ciertos factores de riesgo de manera diferencial (Argimon & Jiménez, 2019).

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

En este sentido, para considerar un estudio retrospectivo, se debe tener como criterio la relación que se establece entre el momento en que se diseña la investigación, por una parte, y el momento de la ocurrencia del hecho que se pretende investigar (o sea, del fenómeno objeto de estudio), por la otra. Si el hecho a registrar ya sucedió al momento de la planificación del estudio entonces estaremos en presencia de una investigación "retrospectiva" (Corona y Fonseca, 2021).

En cuanto al estudio de corte transversal, se caracterizan por recolectar datos en un tiempo único para describir variables y analizar su incidencia en un momento determinado (Hernández & Mendoza, 2018).

3.2 Población

En una investigación, la población comprende el conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones (Lepkowski, 2008); en la presente investigación la población se considera finita, ya que según Arias (2021), está constituida por un número conocido de unidades que integran un registro documental; en este sentido, el universo está conformado por el total de historias clínicas de gestantes con diagnóstico de APP en el IAHULA y de pacientes de parto a término sin complicaciones de los años (2020-2024). Asimismo, se define como una población accesible, pues representa la porción del universo del cual se pudo obtener la información de manera directa y efectiva (Arias, 2021).

Por ende, la población quedo establecida en dos grupos: grupo de casos (con APP) un total de 982 historias médicas y un grupo control (embarazos a término) de 5180 historias médicas en total, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión pertinentes para garantizar la validez del análisis estadístico.

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

3.2.1 Criterios de inclusión para el caso y control:

Historia clínica de gestantes con diagnóstico confirmado de APP (para casos) o parto normal a término (para controles), y que, además, tengan datos completos de registro, en el periodo 2020 – 2024.

3.2.2 Criterios de exclusión para el caso y control:

Historias clínicas con datos incompletos que impida la trazabilidad de la variable en su registro.

En este sentido, y tomando en cuenta el número de las historias clínicas con los criterios ya mencionado, se pautó la realización de un censo poblacional, para la selección de una muestra.

3.3 Muestra

La muestra suele ser un subconjunto de la población a estudiar. En tal caso, Arias (2006), la define como "un subconjunto representativo y finito que se extrae de la población accesible" (p.83). En este caso se utilizó el muestreo por conveniencia que es una técnica de investigación no probabilística que selecciona participantes basándose en su fácil acceso, proximidad y disponibilidad inmediata para las investigadoras. En tal sentido, el tamaño de la muestra se determinó a través de la fórmula propuesta por Malhotra para el cálculo de muestra finitas dispuestas bajo los siguientes parámetros:

$$n = \frac{(Z)^2 * P * Q * N}{(e)^2 * (N-1) + (Z)^2 P * Q}$$

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

Cuadro 1.

Parámetro fórmula propuesta por Malhotra, para hallar muestra de la población.

Parámetro	
N	Es el número de elementos o tamaño de la muestra que se quiere hallar
N	Población elegida en la investigación
Z	Nivel de confianza = 90 %
P	Probabilidad a favor
Q	Probabilidad en contra
E	Error de estimación = 6,92%

Fuente: Formula Malhotra

Bajo esta premisa, como un criterio técnico para establecer un umbral mínimo de sujetos necesarios para que el análisis se aplicó la fórmula, lo que demuestro que no eligió un número al azar de historia clínicas, sino que buscó una cantidad que, en condiciones ideales, sería suficiente para reducir el error de muestreo. Además, las investigadoras procuraron de un mayor control y formalidad de los datos. Malhotra (2020) señala que, aunque las técnicas no probabilísticas no permiten evaluar objetivamente la precisión, pueden arrojar buenos resultados si el investigador selecciona unidades que considera de la población bajo su juicio profesional.

www.bdigital.ula.ve

Cuadro 2.

Aplicación de la fórmula propuesta por Malhotra, para hallar muestra total de las historias clínicas para los años 2020 al 2024 de pacientes con APP. IAHULA. Mérida.

Parámetro – Valores		Aplicación de la fórmula
N	982	$n = \frac{(1{,}65)^2 * 0{,}5 * 0{,}5 * 982}{(0{,}0692)^2 * (982-1) + (1{,}65)^2 * 0{,}5 * 0{,}5} = 124$ n = 124
Z	90% = 1,65	
P	50% / 100 = 0,5	
Q	50% / 100 = 0,5	
E	6,92% /100 = 0.0692	

Nota: Cálculos propios.

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

De la aplicación de la fórmula se puede evidenciar que la muestra total a utilizar será de 124 de historias clínicas para los años 2020 al 2024 en el IAHULA.

Debido a que será aplicado una ficha de recolección de los riesgos de APP para los años antes mencionados, se realizó un cálculo de muestreo de afijación proporcional para obtener la cantidad de historias clínicas por años para aplicarle el instrumento de investigación. (Cuadro 1)

Ahora bien, para que la muestra sea representativa en los 4 años en estudio a excepción del año 2022 que no existe registro, se decidió aplicar una categoría estadística denominada muestra probabilística estratificada, este procedimiento divide a la población en diferentes tamaños o estratos y se selecciona una muestra para cada año, y de esta manera se garantiza que todas las historias clínicas tengan la misma posibilidad de ser seleccionados de forma aleatoria.

www.bdigital.ula.ve

Con referencia a lo anterior el muestreo estratificado proporcional produce más beneficios cuando las medias o las proporciones de las variables analizadas de los diferentes conglomerados son diferentes entre sí.

Muestreo estratificado con afijación proporcional

El muestreo estratificado es una técnica de muestreo que implica dividir una población heterogénea en subgrupos homogéneos llamados estratos y luego tomar muestras independientes de cada estrato. En el muestreo estratificado, la población se divide primero en subgrupos homogéneos antes de seleccionar la muestra (Levine et al., 2006).

Conocido el número de historias clínicas de la muestra y sin un conocimiento previo de la población con respecto a la variabilidad u homogeneidad se opta por un muestreo aleatorio estratificado con fijación proporcional, en la que la muestra de cada año sea proporcional a su población. Tal como se observa en el cuadro 3, se calcula la distribución proporcional de la

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

muestra de los 4 años en estudio. En último lugar se aplicará un muestreo aleatorio simple en cada año para ubicar las historias clínicas objeto del análisis.

A continuación, se detalla el tamaño de la muestra por área.

Cuadro 3.

Muestreo estratificado, de pacientes con APP, por año del servicio de Emergencia Obstétrica del IAHULA. Mérida - Venezuela.

Nº	Año	Cantidad de Historias clínicas de pacientes con APP	Porcentaje	Tamaño de la muestra
1	2020	214	21,79	27
2	2021	97	9,88	12
3	2023	391	39,82	50
4	2024	280	28,51	35
Total		982	100 %	124

Fuente: Datos tomados del reporte de Historias Clínicas. IAHULA

www.bdigital.ula.ve

Cuadro 4.

Aplicación de la fórmula propuesta por Malhotra, para hallar muestra total de las historias clínicas para los años 2020 al 2024 de pacientes con parto normal a término sin complicaciones. IAHULA. Mérida.

Parámetro – Valores		Aplicación de la fórmula
N	5180	$n = \frac{(0{,}841)^2 * 0{,}5 * 0{,}5 * 5180}{(0{,}053)^2 * (5180 - 1) + (0{,}841)^2 * 0{,}5 * 0{,}5}$ $= 40$ n = 40
Z	75% = 0,6745	
P	50% / 100 = 0,5	
Q	50% / 100 = 0,5	
E	5,3% /100 = 0.053	

Nota: Cálculos propios.

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

Cuadro 5.

Muestreo estratificado de pacientes con parto normal a término sin complicaciones, por año del servicio de Emergencia Obstétrica del IAHULA. Mérida - Venezuela.

Nº	Año	Cantidad de Historias clínicas de pacientes con parto normal a término sin complicaciones	Porcentaje	Tamaño de la muestra
1	2020	1135	22	9
2	2021	1111	21	8
3	2022	1159	22	9
4	2023	956	18	7
5	2024	819	17	7
Total		5180	100 %	40

Fuente: Datos tomados del reporte de Historias Clínicas. IAHULA

www.bdigital.ula.ve

3.5 Variable

Una variable es una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse; se aplica a personas u otros seres vivos, objetos, hechos y fenómenos, los cuales adquieren diversos valores respecto de la variable referida (Hernández *et al.* 2014).

Para evaluar los factores relacionados a la APP en pacientes ingresadas en la emergencia obstétrica del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes, Mérida 2020 - 2024 se presenta el siguiente cuadro de operacionalizacion de la variable, mediante la variable: Factores de riesgo

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

Cuadro 6.

3.5.1 Operacionalizacion de la variable

Variable	Objetivos específicos	Dimensión	Indicador	Ítems
FACTORES RELACIONADOS A LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO (APP) EN GESTANTES ATENDIDAS EN LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA DEL INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES-MÉRIDA, DURANTE LOS AÑOS 2020-2024.	Describir los factores sociodemográficos relacionados a la Amenaza de parto pretérmino (APP) de las gestantes atendidas en la emergencia obstétrica del IAHULA durante los años 2020-2024.	Factores Sociodemográficos	-Edad materna -Estado civil -Procedencia -Grado de instrucción -Ocupación -Hábitos psicosociales	1 2 3 4 5 6
	Identificar los factores obstétricos relacionados a la Amenaza de parto pretérmino (APP) de las gestantes atendidas en la emergencia obstétrica del IAHULA durante los años 2020-2024.	Factores obstétricos	**Antecedentes:** • Paridad. • Periodo intergenésico. • Número de gestaciones. • Número de partos. • Antecedentes de abortos. • Antecedentes de parto pretérmino. • Antecedentes de cesárea. • Polihidramnios **Embarazo actual**: • Edad gestacional. • Tipo de embarazo. • Inicio control prenatal. • Número de controles. • Longitud cervical. • Ruptura prematura de membrana. • Infecciones vaginales. • Infecciones urinarias. • ITS	7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23
	Determinar los factores médicos relacionados a la Amenaza de parto pretérmino (APP) de las gestantes atendidas en la emergencia obstétrica del IAHULA durante los años 2020-2024.	Factores médicos	- Comorbilidades -Estado nutricional -Anemia	24 25 26

Fuente: Monsalve E. y Santiago Y. (2025)

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

3.6 Técnica e instrumento

Hernández *et al.*, (2014) dice que toda medición o instrumento de recolección de datos debe reunir tres requisitos esenciales: confiabilidad, validez y objetividad. En este sentido, son aquellas técnicas que se utilizan para recopilar información de forma organizada, y que permiten obtener datos precisos acerca de un determinado tema.

Las técnicas de recolección de datos "Comprenden procedimientos y actividades que le permiten al investigador obtener la información necesaria para dar respuesta a su pregunta de investigador" (Hurtado, 2000, p. 427).

Las técnicas empleadas en el tipo de estudio se basan fundamentalmente en: La observación directa que según Hernández (2006), "consiste en el registro sistemático, valido y confiable de comportamientos o conductas que se manifiestan" (p. 374). Las variables a observar son especificadas y definidas antes de comenzar la recolección de datos. Por este motivo, la técnica utilizada para la presente investigación fue de observación directa de historias clínicas y el instrumento empleado una ficha de recolección de datos, elaborado de acuerdo a las dimensiones e indicadores de la variable para lograr cumplir con los objetivos de la investigación, la ficha estuvo constituida por 26 ítems organizados en 3 secciones, abarcando dimensiones sociodemográficas, antecedentes obstétricos, condiciones del embarazo actual y datos médicos (comorbilidades y estado nutricional), se utilizó escalas para respuestas dicotómicas (Sí/No), de selección múltiple y numéricas para registrar la presencia o ausencia de los factores de riesgo analizados. Según Hurtado (2000), una lista de verificación consiste en una lista de los indicios o aspectos relacionados con el evento de investigación, que se pueden presentar durante la observación. Este instrumento permite registrar sistemáticamente si la condición o situación aparece o no (p. 453). Asimismo, Hernández et al. (2014) refieren que, en el contexto de la recolección de datos secundarios, el instrumento debe ser

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

estandarizado, de modo que cada renglón o espacio represente una variable o categoría del estudio para asegurar la validez de la información extraída.

3.7 Validez

Arias (2012), indica que la validez consiste en el grado en que los ítems tienen correspondencia directa con los objetivos de la investigación, es decir, las interrogantes consultarán sólo aquello que se pretende conocer o medir.

Cabe destacar que, para determinar la validez de instrumento de recolección de datos a aplicar en el presente estudio, se recurrió al juicio de tres expertos en el área, pertenecientes a la Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería de la ilustre Universidad de Los Andes; para ello se hizo entrega de un formato de validación, donde expresaron su criterio acerca de la pertinencia de los ítems formulados, con respecto a los indicadores, dimensiones y la variable.

3.7.1 Validez de constructo. Método juicio de expertos

www.bdigital.ula.ve

La validación de constructo es un proceso fundamental en la investigación científica, ya que permite asegurar que los instrumentos de medición reflejan adecuadamente el concepto teórico que se pretende medir (Arias, 2012). Se llevó a cabo una evaluación por tres expertos para garantizar la validez de los ítems. Esta es una práctica común en investigación para asegurar que los ítems sean representativos del constructo que se pretende medir (Arias, 2012).

Los datos fueron analizados utilizando el programa SPSS, empleando el coeficiente de correlación de Spearman para examinar las relaciones entre los diferentes valores totales. Los resultados muestran correlaciones significativas al nivel de 0,01, lo que indica una fuerte concordancia entre las evaluaciones de los expertos.

Para la validación de constructo, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, una técnica ampliamente recomendada para evaluar la relación entre variables (Hurtado, 2010). Los resultados se basan en cuatro criterios principales:

1. La pregunta permite lograr el objetivo específico.

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

2. La dimensión aporta para la comprensión del objetivo especifico

3. El indicador aporta para validar la dimensión

4. La escala de respuestas permite lograr el fin del indicador

Los resultados obtenidos en el programa SPSS muestran las correlaciones entre los cuatro criterios evaluados (Cuadro 1).

Los criterios de correlación entre el total y los otros valores totales de los criterios 1, 2, 3 y 4, están todos en 0,737 y 0,972, lo que indica una concordancia muy alta. Esto sugiere que los ítems capturan de manera consistente y fiable los factores relacionados a la Amenaza de Parto Pretérmino.

La escala de respuestas utilizadas permite alcanzar efectivamente el objetivo para identificar los factores obstétricos y médicos relacionados con APP, proporcionando una evaluación clara y consistente de los diferentes factores.

www.bdigital.ula.ve

Todas las correlaciones son significativas al nivel de 0,01, lo que resalta la robustez de los resultados. A continuación, se muestran los resultados.

Cuadro 7.

Correlación de Spearman para la validez de Constructo instrumento Factores asociados a la Amenaza de Parto Pretérmino. IAHULA. 2026.

Criterios	**Estadística**	**Total**	**Criterio 1**	**Criterio 2**	**Criterio 3**	**Criterio 4**
Total (Suma de criterios)	Coeficiente de correlación	1,000	,869**	,869**	,869**	,972**
	Sig. (bilateral)	.	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	26	26	26	26	26
Criterio 1	Coeficiente de correlación	,869**	1,000	1,000**	1,000**	,737**
	Sig. (bilateral)	,000	.	.	.	,000
Criterio 2	Coeficiente de correlación	,869**	1,000**	1,000	1,000**	,737**
	Sig. (bilateral)	,000	.	.	.	,000
Criterio 3	Coeficiente de correlación	,869**	1,000**	1,000**	1,000	,737**
	Sig. (bilateral)	,000	.	.	.	,000
Criterio 4	Coeficiente de correlación	,972**	,737**	,737**	,737**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	.

Nota: **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

Los Criterio 1, Criterio 2 y Criterio 3, mostraron unos coeficientes de correlación entre estos criterios son 1,000, lo que indica una correlación perfecta y positiva. Esto sugiere que estos criterios están altamente relacionados entre sí y podrían estar midiendo aspectos muy similares del constructo. La significancia bilateral es 0,000, confirmando que estas correlaciones son estadísticamente significativas al nivel de 0,01.

Los Criterio 1, Criterio 2 y Criterio 3 vs. Criterio 4: Los coeficientes de correlación son 0,737, lo que indica una correlación moderada y positiva. Esto sugiere que el Criterio 4 está relacionado con los otros criterios, pero no de manera tan estrecha como estos últimos entre sí. La significancia bilateral es 0,000, confirmando que estas correlaciones son estadísticamente significativas al nivel de 0,01.

Por tanto, los resultados respaldan la validez del instrumento diseñado para los factores de APP, ya que las correlaciones altas y significativas indican que los ítems y la escala de respuesta cumple con los objetivos plateados para medir el constructo.

Así mismo, de acuerdo con Arias (2012), la validación de constructo requiere evidencias estadísticas que confirmen la coherencia entre el instrumento y el concepto teórico. Los resultados obtenidos cumplen con este requisito, ya que las correlaciones significativas demuestran que los criterios evaluados están estrechamente relacionados y respaldan la efectividad del instrumento diseñado, lo que permite su uso confiable para la investigación.

www.bdigital.ula.ve

A continuación, se muestra el formato de validez del constructo entregado para juicios de expertos.

Instrucciones:

Estimado experto, se le solicita su colaboración para que luego de un riguroso análisis de cada ítem, teniendo en cuenta los objetivos específicos, usted valide a su juicio experto si evidencia la teoría y práctica de la investigación titulada: "**FACTORES RELACIONADOS A LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO (APP) EN GESTANTES ATENDIDAS EN LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA DEL INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES – MÉRIDA, DURANTE EL PERIODO 2020-2024"**

Considere para su evaluación los siguientes aspectos:

Objetivos específicos: Describir los factores sociodemográficos relacionados a la Amenaza de parto pretérmino (APP). Identificar los factores obstétricos relacionados a la

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

Amenaza de parto pretérmino (APP). Determinar los factores médicos relacionados a la Amenaza de parto pretérmino (APP) de las gestantes atendidas en la emergencia obstétrica del IAHULA durante los años 2020-2024.

Variable: Factores relacionados a la amenaza de parto pretérmino (APP) en gestantes atendidas en la emergencia obstétrica del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes - Mérida, durante los años 2020-2024**.**

Dimensiones: Factores sociodemográficos, Factores obstétricos, Factores médicos

Indicador: Edad materna, estado civil, procedencia, grado de instrucción, ocupación, ingresos, hábitos psicosociales. Antecedentes: paridad, periodo intergenésico, número de gestaciones, número de partos, antecedentes de abortos, antecedentes de parto pretérmino, antecedentes de cesárea, polihidramnios. Embarazo actual: edad gestacional, tipo de embarazo, inicio control prenatal, número de controles, longitud cervical, ruptura prematura de membrana, infecciones vaginales, infecciones urinarias. ITS, comorbilidades, estado nutricional.

www.bdigital.ula.ve

Escala de los ítems de la investigación: Dicotómicas, selección múltiple, numéricas.

Para llenar el siguiente formato, aplique la escala propuesta a continuación, marcando con una X en la casilla correspondiente a su valoración. Escala: **1) En nada 2) Muy poco 3) En forma algo deficiente 4) Lo suficiente 5) Satisfactoriamente.**

Ítems Parte 1 Datos sociodemográficos	**La pregunta permite lograr el objetivo especifico**					**La dimensión aporta para la comprensión del objetivo especifico**					**El indicador aporta para validar la dimensión**					**La escala de respuestas permite lograr el fin del indicador**				
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1. Edad materna: Numérico, años																				

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

2. Estado civil: Selección múltiple a. Soltera b. Casada c. Unión libre																			
3. Procedencia: Dicotómica a. Local b. Foránea																			
4. Grado de instrucción: Selección múltiple a. Primaria incompleta b. Primaria completa c. Secundaria incompleta d. Secundaria completa e. Universitario f. Ninguno																			
5. Ocupación: Selección múltiple a. Ama de casa b. Estudiante c. Comerciante d. Profesional e. otro																			
6. Trabajo: Selección múltiple a. Institución publica b. Institución privada c. Independiente																			
7. Hábitos psicosociales: Dicotómicas a. Tabaquismo Si () No () b. Alcohol Si () No () c. Drogas Si () No () d. Café Si () No ()																			
Ítems **Parte 2** **Antecedentes**	**La pregunta permite lograr el objetivo especifico**					**La dimensión aporta para la comprensión del objetivo especifico**					**El indicador aporta para validar la dimensión**					**La escala de respuestas permite lograr el fin del indicador**				

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8. Paridad: Dicotómica a. Nulípara b. Multípara																				
9. Periodo Intergenésico: Dicotómica a. Corto b. Largo																				
10. Número de gestaciones: Numérica																				
11. Número de partos: Numérica																				
12. Antecedentes de abortos: Dicotómica a. Si () b. No ()																				
13. Antecedentes de parto pretérmino: Dicotómica a. Si () b. No ()																				
14. Antecedentes de cesárea: Dicotómica a. Si () b. No ()																				
15. Polihidramnios: Dicotómica a. Si () b. No ()																				
Ítems **Parte 2** **Embarazo actual**	**La pregunta permite lograr el objetivo especifico**					**La dimensión aporta para la comprensión del objetivo especifico**					**El indicador aporta para validar la dimensión**					**La escala de respuestas permite lograr el fin del indicador**				
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

16. Edad gestacional: Numérica, semanas de gestación																			
17. Tipo de embarazo: Dicotómica a. Único b. Múltiple																			
18. Inicio de control prenatal: Selección múltiple a. Antes de las 13 semanas b. Después de las 14 semanas c. Nunca																			
19. Número de controles: Selección múltiple a. < 6 controles b. > 6 controles c. Ninguno																			
20. Longitud cervical: Dicotómica a. Normal b. Corta																			
21. Ruptura prematura de membrana: Dicotómica a. Si () b. No ()																			
22. Infecciones vaginales: Selección múltiple a. Candidiasis b. Tricomoniasis c. Vaginosis bacteriana d. Otras e. Ninguna																			
23. Infecciones urinarias: Selección múltiple a. Bacteriuria asintomática b. Cistitis c. Pielonefritis d. Ninguna																			

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

24. ITS: Selección múltiple a. VIH b. Sífilis c. VPH d. Hepatitis B e. Otras f. Ninguna																				
Ítems **Parte 3** **Datos médicos**	**La pregunta permite lograr el objetivo especifico**					**La dimensión aporta para la comprensión del objetivo especifico**					**El indicador aporta para validar la dimensión**					**La escala de respuestas permite lograr el fin del indicador**				
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
25. Comorbilidades: Selección múltiple a. Diabetes - Tipo I - Tipo II - Gestacional - Ninguna b. HTA: - Crónica - Gestacional - Preeclampsia - Eclampsia - Ninguna c. Anemia - Leve - Moderada - Grave - Ninguna																				
26. Estado nutricional: Selección múltiple a. Bajo peso <18.5Kg/m2 b. Peso normal 18.5 – 24.9 Kg/m2 c. Sobrepeso >25 Kg/m2 d. Obesidad >30 Kg/m2																				

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

3.8 Procedimiento

1. Se entregó al Lcdo. Francisco Salcedo, jefe del departamento de estadísticas, la carta de presentación y solicitud para la autorización para el acceso y revisión de información de las historias clínicas de gestantes atendidas en dicho hospital por motivos de investigación.

2. Se obtuvo como respuesta la autorización para el acceso de los datos contenidos en las historias clínicas del periodo 2020-2024.

3. Se elaboró una ficha de registro para la recolección de la información necesaria en dicha investigación (anexo 1).

4. Los datos obtenidos de la revisión de las historias clínicas fueron registrados en la hoja de programa Microsoft Excel elaborado por las autoras, el cual permitió el procesamiento y tabulación de los datos de la información obtenida de las fichas.

5. Los resultados se presentaron en tablas estadísticas y el análisis se hizo en base a estadística descriptiva como frecuencias absolutas y porcentajes.

www.bdigital.ula.ve

6. Se establecieron las conclusiones producto del análisis del estudio de los aspectos encontrados en concordancia con los objetivos planteados.

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El presente capítulo hace referencia a la presentación y análisis de los resultados de la información de los FACTORES RELACIONADOS A LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO (APP) EN GESTANTES ATENDIDAS EN LA EMERGENCIA DEL IAHULA, DURANTE LOS AÑOS 2020 – 2024. De esta manera, se procede a realizar el análisis estadístico descriptivo mediante tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas y estadística inferencial, correspondientes a cada uno de los ítems representativos de la variable, dimensiones e indicadores en estudio. Los resultados se obtuvieron de los programas Microsoft Excel 2016 y SPSS versión 25. A continuación se muestra las tablas según los objetivos de la investigación:

www.bdigital.ula.ve

Cuadro 8.

Edad materna de las gestantes atendidas en la Emergencia obstétrica del IAHULA. Mérida. Años 2020 - 2024.

Edad materna	Media (años)	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	U de Mann-Whitney Estadístico	p
Control	24.4	5.52	15	39	2328	0.663
Casos	25.0	6.16	16	42		

Nota: Datos recopilados de las historias clínicas 2020 – 2024. IAHULA

La edad materna del grupo control fue de 24,4 años ± 5,52 y de los casos 25 años ± 6,16. La edad promedio es similar y joven típico de las poblaciones obstétricas y con ligera mayor variabilidad en el grupo de los casos. En ambos grupos no difieren significativamente la distribución de las edades, con un valor p = 0.663 aplicando la prueba U de Mann-Whitney.

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

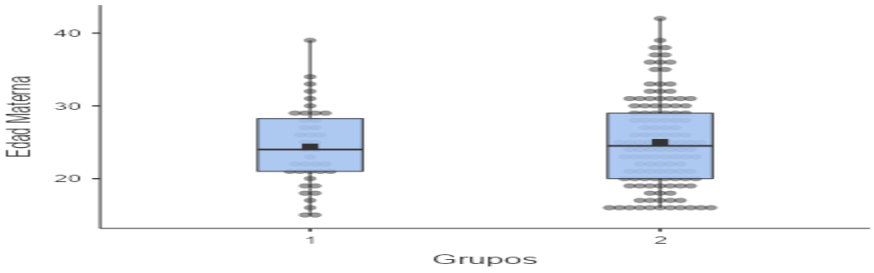

Gráfico 1.

Edad materna de las gestantes (casos y controles) atendidas en la Emergencia obstétrica del IAHULA. Mérida. Años 2020 - 2024.

El gráfico de caja y bigote para la edad materna muestra la mediana igual a 24 años del grupo control (1) y en los casos (2) fue de 24,5 años, a su vez se observa que el rango o amplitud mayor lo obtuvo el grupo caso.

Cuadro 9.

Características sociodemográficas de las gestantes atendidas en la Emergencia obstétrica del IAHULA. Mérida. Años, 2020 - 2024.

www.bdigital.ula.ve

Características sociodemográficas	Controles		Casos		Total		p-valor*
	f	Porcentaje	F	Porcentaje	f	Porcentaje	
Estado civil							
Unión libre	17	42,50	58	46,77	75	45,73	
Soltera	14	35,00	57	45,97	71	43,29	**0,025**
Casadas	9	22,50	9	7,26	18	10,98	
Grado de instrucción							
Analfabeta	0	0,00	1	0,81	1	0,61	
Primaria incompleta	1	2,50	22	17,74	23	14,02	
Primaria completa	0	0,00	4	3,23	4	2,44	0,101
Secundaria Incompleta	11	27,50	24	19,35	35	21,34	
Secundaria completa	15	37,50	48	38,71	63	38,41	
Universitaria	13	32,50	25	20,16	38	23,17	

Nota: *prueba estadística χ^2. Datos recopilados de las historias clínicas 2020 – 2024. IAHULA

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

Continuación, cuadro 9.

Características sociodemográficas de las gestantes atendidas en la Emergencia obstétrica del IAHULA. Mérida. Años, 2020 - 2024.

Características sociodemográficas	Controles		Casos		Total		p-valor*
	f	Porcentaje	f	Porcentaje	f	Porcentaje	
Ocupación							
Ama de casa	12	30,00	62	50,00	74	45,12	
Otros (ayudante de cocina, costurera)	6	15,00	22	17,74	28	17,07	
Estudiante	5	12,50	20	16,13	25	15,24	**<0.001**
Comerciante	15	37,50	8	6,45	23	14,02	
Profesional	2	5,00	12	9,68	14	8,54	

Nota: *prueba estadística χ^2. Datos recopilados de las historias clínicas 2020 – 2024. IAHULA.

Las características sociodemográficas de las gestantes atendidas en la Emergencia obstétrica, en la tabla 2 se observa que el estado civil más frecuente en ambos grupos fue la unión libre (42,5% controles y el 46,77% casos); la mayor proporción de solteros fue en los casos (45,97%) en comparación de los controles (35%), y las pacientes casadas fue mayor en los controles (22,5%) que en los casos (7,26%). Existe una relación estadísticamente significativa que el estado civil casada está asociada con menor probabilidad de pertenecer al grupo de los casos (APP), p-valor de 0,025.

La secundaria completa es el grado de instrucción más frecuentes en ambos grupos (37,5% controles y 38,71 % de los casos); la primera incompleta es mayor en los casos (17,74%) que en los controles (2,5%); el nivel universitario fue mayor en los controles (32,5%) y de los casos el 20,16%; solo se presentó un caso representado por el 0,81% de analfabeta. Se observa una tendencia que los casos tuvieron menor nivel educativo comparado con los controles, esto indica que menor educación tuvo mayor prevalencia en los casos, aunque no fue estadísticamente significativo, p-valor de 0,101.

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

El 50% de los casos tenían una ocupación de ama de casa y un 30% los controles con un odds ratio de 0,429 y un intervalo de confianza de Inferior de 0,200 y superior 0,919 (factor de protector para la APP); las gestantes que su ocupación reflejada es comerciantes resultaron en los controles con un 37,5% y el 6,45% de los casos. Las demás categorías (otros, estudiantes y profesional) muestran distribuciones similares entre los grupos. Existe una diferencia estadísticamente significativa en la distribución de las ocupaciones entre los casos y los controles, con un p-valor < 0,001.

Cuadro 10.

Procedencia de las gestantes atendidas en la Emergencia obstétrica del IAHULA. Mérida. Años 2020 - 2024.

Procedencia	**f**	**Porcentaje**
Local	69	42.1%
Foránea	95	57.9%
TOTAL	164	100

www.bdigital.ula.ve

Nota: Datos recopilados de las historias clínicas 2020 – 2024. IAHULA

El 57,9 % (n = 95) de las gestantes de la muestra eran de procedencia foránea del Municipio Libertador y el 42,1% (n = 69) de la localidad.

Los hábitos psicosociales de las gestantes atendidas en el IAHULA, se encontró que el 12,5% (5/40) de los controles eran fumadoras y el 3,23% (4/124) de los casos, por lo que es poco frecuente en la muestra total, aunque es estadísticamente significativo la asociación de las variables, p-valor de 0,025, también resulto con un odds ratio de 4,29 y un intervalo de confianza de Inferior de 1,09 y superior 16,8 (factor de riesgo para la APP) es decir, existe 4,29 veces más probabilidad que las gestantes que consumen tabaco presenten APP. La mayor prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas fue en los controles 10% (4/40) y los casos 5,65% (7/124). El 4,03% (5/124) de los casos consumen sustancias ilícitas, lo cual no es estadísticamente significativo, p-valor 0,197. El 48,39% (60/124) de los casos consumían café

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

y el 47,5% (19,40) en los controles, el consumo de café no está asociado a la condición de casos y controles con un p-valor de 0,922. (cuadro 11)

Cuadro 11.

Hábitos psicosociales de las gestantes atendidas en la Emergencia obstétrica del IAHULA. Mérida. Años, 2020 - 2024.

Hábitos psicosociales		**Controles**		**Casos**		**Total**		**p- valor**
		F	Porcentaje	f	Porcentaje	**f**	**Porcentaje**	
Tabáquicos	Si	5	12,50	4	3,23	9	5,49	**0,025**
	No	35	87,50	120	96,77	155	94,51	
Consumo de bebidas alcohólicas	Si	4	10,00	7	5,65	11	6,71	0,338
	No	36	90,00	117	94,35	143	87,20	
Consumo de sustancias ilícitas	Si	0	0	5	4,03	5	3,05	0,197
	No	40	100	119	95,97	159	96,95	
Consumo de café	Si	19	47,50	60	48,39	79	48,17	0,922
	No	21	52,50	64	51,61	85	51,83	

Nota: Tabla elaborada por la autora con datos recopilados de las historias clínicas 2020 – 2024. IAHULA

www.bdigital.ula.ve

Cuadro 12.

Paridad de las gestantes atendidas en la Emergencia obstétrica del IAHULA. Mérida. Años 2020 - 2024.

Paridad	**Controles**		**Casos**		**Total**		**Intervalo de confianza del 95%**		
	f	**Porcentaje**	**f**	**Porcentaje**	**f**	**Porcentaje**	**Odds ratio**	**Inferior**	**Superior**
Nulípara	18	11.0%	40	24.4%	58	35.4	1,1718	0,830	3,558
Multípara	22	13.4%	84	51.2%	106	64.6			
TOTAL	40	24.4	124	75.6	164	100			

Nota: Datos recopilados de las historias clínicas 2020 – 2024. IAHULA

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

El 35,4% de la muestra eran nulíparas y el 64,6% multíparas. Los controles tienen mayor proporción de nulípara 45% (18/40) que en los casos 32.3% (40/124) al comparar el porcentaje dentro de cada grupo. Debido a que el OR = 1,17 significa que las multíparas tiene 1,17 veces más riesgo de APP comparado con las pacientes nulíparas, aunque el resultado del intervalo de confianza (0,830 – 3,558) no es de significancia estadística con un nivel del 95%.

Cuadro 13.

Antecedentes de las gestantes atendidas en la Emergencia obstétrica del IAHULA. Mérida. Años, 2020 - 2024.

Antecedentes		Controles		Casos		Total		χ^2	P - valor
		F	Porcentaje	f	Porcentaje	f	Porcentaje		
Aborto	Si	10	25,00	30	24,19	40	24,39	0.0107	0.918
	No	30	75,00	94	75,81	124	75,61		
Parto pretérmino	Si	6	15,00	89	71,77	95	57,93	2.82	0.093
	No	34	85,00	35	28,23	69	42,07		
Cesárea	Si	13	32,50	33	26,61	46	28,05	0.519	0.471
	No	27	67,50	91	73,39	118	71,95		
Polihidramnios	Si	0	0	11	8,87	11	6,71	3,80	**0,041**
	No	40	100	113	91,13	153	93,29		

Nota: Tabla elaborada por la autora con datos recopilados de las historias clínicas 2020 – 2024. IAHULA.

El antecedente de aborto tuvo una prevalencia similar en ambos grupos aproximadamente de 25% con un p - valor de 0,918, por tanto, no hay asociación estadísticamente significativa entre los antecedentes de aborto y la amenaza de parto pretérmino. El 71,77% (89/124) de los casos tenía antecedentes de parto pretérmino y el 15% (6/40) en los controles, aunque clínicamente la diferencia es marcada entre los grupos, el valor p (0,093) no alcanza significancia estadística, no obstante, representa un factor de riesgo recurrente en el embarazo actual. El antecedente de cesárea fue similar en ambos grupos aproximadamente un 30%, resultando que no hay asociación entre una cesárea previa y la APP, p-valor de 0,471 ($\chi^2 = 0.519$). El 8,87% (11/124) de los casos presento polihidramnios, el valor

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

p (0,041), con significancia estadística, lo que confirma que este antecedente está asociado a APP.

Cuadro 14.

Condiciones del embarazo actual de las gestantes atendidas en la Emergencia obstétrica del IAHULA. Mérida. Años, 2020 - 2024.

Condiciones del embarazo	Controles		Casos		Total		χ^2	p-valor
	f	Porcentaje	f	Porcentaje	f	Porcentaje		
Edad gestacional								
Entre 22 y 30 semanas	0	0,00	28	22,58	28	17,07		
Entre 31 y 37 semanas	5	12,50	95	76,61	100	60,98	133	**<0,001**
38 semanas y más	35	87,50	1	0,81	36	21,95		
Tipo de embarazo								
Único	40	100	121	97,58	161	98,17	0.986	0,805
Múltiple	0	0	3	2,42	3	1,83		
Inicio del control prenatal								
Después de las 14 semanas	35	87,50	85	68,55	120	**73,17**		
Antes de las 13 semanas	5	12,50	29	23,39	34	20,73	6,44	**0,040**
Nunca	0	0,00	10	8,06	10	6,10		
Números de controles								
Menor o igual a 6	13	32,50	90	72,58	103	62,80		
Mayor de 6	27	67,50	27	21,77	54	32,93	29.2	**<0,001**
Ninguno	0	0,00	7	5,65	7	4,27		
Periodo intergenésico								
Primípara	17	42,50	37	29,84	54	72,34		
DLN	0	0,00	15	12,10	15	12,10	8,21	**0,042**
Corto	12	30,00	35	28,23	47	58,23		
Largo	6	15,00	33	26,61	39	41,61		

Nota: Tabla elaborada por la autora con datos recopilados de las historias clínicas 2020 – 2024. IAHULA.

El 87,5% de los controles el embarazo fue de 38 semanas o más y el 12,5% entre 31 y 37 semanas; en los casos el 76,61% entre 31 y 37 semanas (pretérmino tardío) y el 22,58% entre 22 y 30 semanas (pretérmino temprano/medio), y solo el 0,81% con 38 semanas. Los casos fueron gestantes con amenaza de parto pretérmino (22 a 37 semanas), mientras que los controles son gestantes a término.

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

El 100% de los controles fueron embarazos únicos y solo 3 gestantes representado por el 2,42% de los casos correspondía a embarazo múltiple, por lo que no hay asociación estadísticamente significativa p-valor de 0,805. El 87,5% de los controles iniciaron después de 14 semanas (control tardío), el 12,5% iniciaron antes de las 13 semanas; y el 68,55% de los casos iniciaron después de 14 semanas, el 23,39% iniciaron antes de las 13 semanas y el 8, 06% no tuvieron control prenatal, esto indica que el inicio tardío del control prenatal podría ser un factor de riesgo para la APP, con un p-valor 0,040.

El 67,50% de los controles tiene más de 6 controles prenatales y el 32,50% realizo 6 o menos controles; el 72,58% de los casos tuvo 6 o menos controles prenatales, el 21,77% realizaron más de 6 controles prenatales y el 5,65% sin controles, en tanto, existe una asociación estadísticamente significativa, p < 0,001, el número insuficiente de controles prenatales está asociado a la APP.

www.bdigital.ula.ve

Cuadro 15.

Longitud cervical de las pacientes atendidas en la Emergencia obstétrica del IAHULA. Mérida. Años 2020 - 2024.

Longitud cervical	Controles		Casos		Odds ratio	Intervalo de confianza del 95%	
	f	Porcentaje	f	Porcentaje		Inferior	Superior
Normal (> O = 25mm)	40	100	120	96,77	3,02	0,159	57,4
Corta (< 25mm)	0	0	4	3,23			

Nota: [a] Se aplicó la corrección Haldane-Anscombe

El 100% (n=40) de los controles tenían longitud cervical normal, y el 3,23% (n = 4) de los casos presentaron longitud cervical corta resultando una baja prevalencia en la población en estudio. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la categoría longitud

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

cervical y el riesgo de APP en este estudio, debido probablemente al bajo número de pacientes con longitud cervical corta y no se presentó en ninguna paciente en el grupo control.

Cuadro 16.

Antecedentes de las gestantes atendidas en la Emergencia obstétrica del IAHULA. Mérida. Años, 2020 - 2024.

Antecedente		Controles		Casos		χ^2	P - valor
		f	Porcentaje	F	Porcentaje		
Ruptura prematura de membrana	Si	10	25	22	17,74	1.01	0.314
	No	30	75	102	82,26		

Nota: Tabla elaborada con datos recopilados de las historias clínicas 2020 – 2024. IAHULA.

Del total de la muestra se observó, 32 gestantes (n =10 controles + n = 22 casos) con RPM, y 132 gestantes (30 controles + 102 casos) sin RPM, con un p-valor de 0,314 se evidencia que no existe asociación estadísticamente significativa entre el antecedente la ruptura prematura de membrana y la APP en el embarazo actual para el momento del estudio. Por tanto, del total de la muestra la prevalencia de RPM fue 19,5%. En la literatura la RPM es un factor de riesgo bien establecido para parto pretérmino, se presentó un mayor porcentaje en los controles que en los casos, aunque la diferencia no es significativa, esto puede deberse a una población pequeña de la muestra de los controles (n=40), sin embargo, era la existente para los años estudiados según los criterios de inclusión.

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

Cuadro 17.

Infecciones de las gestantes atendidas en la Emergencia obstétrica del IAHULA. Mérida. Años, 2020 - 2024.

Infecciones	Controles		Casos		Total		χ^2	p-valor
	f	Porcentaje	f	Porcentaje	f	Porcentaje		
Infecciones vaginales								
Candidiasis	7	17,50	40	32,26	47	28,66	45.1	**<0.001**
Vaginosis bacteriana	0	0,00	35	28,23	35	21,34		
Otras	0	0,00	2	1,61	2	1,22		
Ninguna	33	82,50	47	37,90	80	48,78		
Infecciones urinarias								
Ninguna	22	55,00	70	56,45	92	56,10	1.09	0.896
Bacteriuria asintomática	18	45,00	51	41,13	69	42,07		
Pielonefritis	0	0	2	1,61	2	1,22		
Cistitis	0	0	1	0,81	1	0,61		
ITS								
Ninguna	39	97,50	117	94,35	156	95,12	5.39	0.370
Hepatitis B	1	2,50	0	0,00	1	0,61		
Sífilis	0	0,00	2	1,61	2	1,22		
VPH	0	0,00	2	1,61	2	1,22		
Otras	0	0,00	2	1,61	2	1,22		
HIV	0	0,00	1	0,81	1	0,61		

Nota: Tabla elaborada con datos recopilados de las historias clínicas 2020 – 2024. IAHULA.

Con respecto a las infecciones vaginales, el 17,5% de los controles presentaron Candidiasis en comparación al 32,26% de los casos, el 28,23% de los casos se diagnosticó con vaginosis bacteriana mientras que no hubo pacientes en los controles, el 1,61% de los casos presento otra infección vaginal; lo que indica que existe una asociación estadísticamente

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

significativa entre las infecciones vaginales específicamente candidiasis y la APP, con un p-valor < 0,001.

Del total de la muestra el 56,10% no fue diagnosticada con infecciones del tracto urinario. El 11% de los controles presentó bacteriuria asintomática mientras que el 41,13% fue en los casos; menos del 2% solo en los casos presentó pielonefritis y cistitis; lo que resulto con un p-valor de 0,896, en la que no hay asociación significativa entre ITU y APP en este estudio.

En relación a las Infecciones de Transmisión sexual (ITS), el 97,5% de los controles resultaron negativas al diagnóstico y el 94,35% de los casos; el 2,5% (n=1) de grupo control tiene Hepatitis B; y solo en el grupo de los casos el 5,64 % (n=8) de las pacientes presentaron diagnósticos de Sífilis, VPH, HIV y otras, en el que se obtuvo un p-valor de 0,390, por lo que no se encontró asociación estadística entre ITS y APP.

www.bdigital.ula.ve

Cuadro 18.

Estado Nutricional de las pacientes atendidas en la Emergencia obstétrica del IAHULA. Mérida. Años 2020 - 2024.

Estado Nutricional	Controles		Casos		χ^2	p
	f	Porcentaje	f	Porcentaje		
Peso normal 18,5 – 24,9 kg/m^2	18	10,98	64	39,02		
Sobrepeso 25 – 29,9 kg/m^2	21	12,80	**46**	28,05	8.84	0.116
Obesidad ≥ 30 kg/m^2	1	0,61	11	6,71		
Bajo peso < 18,5 kg/m^2	0	0,00	3	1,83		
TOTAL	40	24,39	124	75,61		

Nota: Datos recopilados de las historias clínicas 2020 – 2024. IAHULA.

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

El 49,9% del total de las gestantes del estudio tenían un peso normal (10,98% controles + 39,02% casos), el 40,8% se ubicaron en sobrepeso (12,8% controles + 28,05% casos), el 7,3% padecen de obesidad (0,61% controles + 6,71% casos), y el 1,83% de los casos tenían bajo peso en contraste con los controles que no había gestante en ese estado nutricional bajo. Uno de los hallazgos fue que el sobrepeso y la obesidad fue mayor en los casos. De lo anterior se interpreta que no hay asociación estadísticamente significativa entre el estado nutricional (categoría de IMC) y la amenaza de parto pretérmino, un p-valor de 0,116 y un nivel de significancia del 95%.

Cuadro 19.

Características antropométricas de las gestantes atendidas en la Emergencia obstétrica del IAHULA. Mérida. Años 2020 - 2024.

www.bdigital.ula.ve

Variable	Grupos	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	ANOVA Estadístico	p-valor
Peso	Control	61,9	7,86	44	75	0,294	0,589
	Casos	62,8	11,3	40	101		
Talla	Control	1,55	0,04	1,45	1,62	8,825	**0,004**
	Casos	1,58	0,07	1,41	1,76		
IMC (kg/m^2)	Control	25,8	3,06	18,8	31,2	0,489	0,487
	Casos	25,4	4,09	16,8	39,5		

Nota: Datos recopilados de las historias clínicas 2020 – 2024. IAHULA.

El análisis mediante ANOVA no evidenció diferencias estadísticamente significativas en las medias del peso (p=0,589, y el IMC (p=0.487) entre los grupos de los casos y los controles. Pero si fue significativa la diferencia en la característica antropométrica de la talla (p=0.004), resultando con mayor variabilidad el grupo de los casos.

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

Cuadro 20.

Anemia en las pacientes atendidas en la Emergencia obstétrica del IAHULA. Mérida. Años 2020 - 2024.

Anemia	Controles		Casos		Total		χ^2	p
	f	Porcentaje	f	Porcentaje	f	Porcentaje		
No	26	65,00	71	57,26	97	59,15	3.29	0.510
Leve	14	35,00	45	36,29	59	35,98		
Moderada	0	0,00	7	5,65	7	4,27		
Severa	0	0,00	1	0,81	1	0,61		
TOTAL	40	100	124	100	164	100		

Nota: Datos recopilados de las historias clínicas 2020 – 2024. IAHULA.

En relación al total de la muestra, el 59,15% de las pacientes no presentó anemia durante el embarazo, la anemia leve fue más común con un 35,98% (n=59), la anemia moderada y severa fueron poco frecuentes (7 y 1 pacientes respectivamente, 4,88% combinadas). Al comparar los grupos, en el grupo control, el 65% no tenía anemia, el 35% tuvo anemia leve, y ninguna gestante presentó anemia moderada o severa; en el grupo de los casos un porcentaje menor (57,26%) no tuvo anemia, un porcentaje similar (36,29%) tenían anemia leve, y lo relevante del hallazgo es que un 6,46 presentó anemia moderada o severa y podría ser un factor de riesgo exclusivo del grupo con APP. Sin embargo, con tan pocos eventos (7moderada + 1 severa), la prueba χ^2 carece del poder estadístico para alcanzar significancia ($p < 0.05$). (Cuadro 20).

El 100% de los controles están sanos sin comorbilidades. El 83,06% (n=103) no tuvo comorbilidades, mientras que el 16,94% (n = 21) presento al menos una patología, las más frecuentes fueron: preeclampsia (4,84%, n=6), Diabetes tipo II (4,03%, n=5), HTA (2,42%, n = 3) y asma (2,42%, n=3). El valor de la $\chi^2 = 7.77$, indica que hay diferencias observadas entre los grupos en la distribución de comorbilidades, sin embargo, el p-valor fue de 0,456. Lo que

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

indica que no hay evidencia estadísticamente significativa entre los grupos. La preeclampsia y la diabetes tipo II son las comorbilidades más frecuentes en los casos, lo que coincide con la literatura sobre condiciones que complican el embarazo (cuadro 21).

Cuadro 21.

Comorbilidades en las pacientes atendidas en la Emergencia obstétrica del IAHULA. Mérida. Años 2020 - 2024.

Comorbilidades	Controles		Casos		χ^2	p
	f	Porcentaje	F	Porcentaje		
Ninguna	40	100,00	103	83,06		
Preeclampsia	0	0	6	4,84		
Diabetes tipo II	0	0	5	4,03		
HTA	0	0	3	2,42		
Asma	0	0	3	2,42	7,77	0,456
Epilepsia	0	0	2	1,61		
Iso-inmunización	0	0	1	0,81		
Sx. Antifosfolipídico	0	0	1	0,81		
TOTAL	40	100,00	124,00	100,00		

Nota: Datos recopilados de las historias clínicas 2020 – 2024. IAHULA.

www.bdigital.ula.ve

4.2 Discusión de resultados

La presente investigación permitió caracterizar los factores asociados a la APP en el IAHULA durante el periodo 2020-2024. Al analizar las variables sociodemográficas, la edad promedio de las gestantes (25 años) coincide con lo reportado por Torres et al. (2023), en Perú, en el cual menciona que la edad materna era en menores de 27 años con un 60 % y con riesgo de APP y Quiñonez & Suing (2024), confirmó en su estudio que la edad promedio fue de 24,94 años. Este perfil demográfico sugiere que la APP en la región no es un fenómeno exclusivo de

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

las edades extremas de la vida reproductiva, sino que afecta a la población obstétrica general en su pico reproductivo.

No obstante, en la caracterización sociodemográfica, el estado civil "casada" mostró ser un factor protector significativo (p = 0,025), lo cual sugiere que la estabilidad del entorno familiar podría mitigar factores estresantes, a diferencia de lo hallado por Torres et al. (2023), la mayoría eran convivientes en riesgo con el 80%.

Por otra parte, Torres et al. (2023) menciona que el 72,5% de las gestantes en estudio representó un nivel educativo con la secundaria completa obteniendo similitud con los datos obtenidos en el estudio de Rodríguez (2024), donde reflejaban el 52,8% en el mismo nivel de educación. En la presente investigación, aunque no haya significancia estadística, cabe mencionar que las gestantes con mayor alcance y nivel educativo tienden a presentar menos incidencia de APP. En distintas investigaciones no resaltan la ocupación de las gestantes como indicador social y demográfico, otros autores como Rodríguez (2024) identificó a las amas de casa como un grupo de alta prevalencia con un 76,4% con la APP, lo cual permite comparar los resultados obtenidos que alcanzó en un 50% de los casos con la misma ocupación y distinguiendo a la categoría comerciante en el menor riesgo de APP, pudiendo ser este asociado a la mayor adquisición económica que permite un mejorado y continuo control prenatal. De tal manera que es posible plantear que, en el contexto local de Mérida, la estabilidad emocional, intelectual y económica podría reducir la exposición a ciertos estresores físicos externos y aminorar el riesgo de APP.

www.bdigital.ula.ve

En este sentido, la procedencia alcanzó un resultado de 57,9% eran gestantes foráneas; este resultado coincide con el estudio de Rodríguez (2024) quien menciona que el mayor porcentaje de las gestantes con riesgo a app eran de zonas rurales.

En cuanto a hábitos, el tabaquismo demostró ser un factor de riesgo crítico, aumentando 4,29 veces la probabilidad de presentar APP. Aunque la prevalencia de fumadoras

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

fue baja, el valor de p = 0,025 confirma que el tabaco es un factor de riesgo evitable de alto impacto, superando la influencia del consumo de café o alcohol en esta muestra.

En relación a la paridad, debido a que el OR = 1,17 significa que las multíparas tiene 1,17 veces más riesgo de APP comparado con las pacientes nulíparas, concuerda con los resultados obtenidos por Rodríguez (2024) quien obtuvo que el 54,2% eran gestantes multíparas con riesgo de APP.

En el ámbito clínico, la asociación más contundente se presentó con las infecciones vaginales (p < 0,001). La candidiasis y la vaginosis bacteriana fueron determinantes, hallazgo que se alinea con la investigación de García (2022), ya que los procesos infecciosos genitales ocupan un lugar primordial en la etiología de la irritabilidad uterina con el 65,1%. Sin embargo, resulta interesante que, a diferencia de los antecedentes de Rodríguez (2024) y Salazar et al. (2023), las infecciones del tracto urinario muestran mayor relevancia asociado a la APP hasta en un 68,1%; en el presente estudio no se mostraron significancia estadística en cuanto a las infecciones del tracto urinario (p = 0,896), lo cual podría deberse a un manejo clínico oportuno o a las características demográficas de la muestra y, lo que sugiere que en la gestantes que acuden al IAHULA, el foco infeccioso vaginal podría ser un predictor más directo de APP que el urinario.

www.bdigital.ula.ve

Asimismo, la calidad del control prenatal resultó ser el factor asociado no clínico y relevante para APP. El inicio tardío del control (después de la semana 14) y un número insuficiente de consultas (6 o menos) mostraron una relación estrecha con la APP (p < 0,001). Esto corrobora lo expuesto por Quiñonez y Suing (2024), en el que los controles prenatales resultaron en un p – valor de 0,001, OR: 0,308, IC 95%: 0,148-0,641; resaltando que la captación tardía impide la prevención oportuna de complicaciones y de condiciones como el polihidramnios. En este mismo orden de ideas, García (2022) mencionó en su estudio que las gestantes con APP no mostraron alteraciones en el volumen de líquido amniótico

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

(polihidramnios); por su parte, cabe resaltar que, Salazar et al. (2021) encontró un 7% de oligohidramnios. Dicho indicador tiene relevancia con esta muestra en la cual también se confirmó como un factor de riesgo asociado (p = 0,041), mostrando un 8,87% de los casos con esta condición.

En relación a lo descrito anteriormente, Salazar et al., (2021), García (2022), Torres y Burgos (2023), Rodríguez (2024) y Quiñonez y Suing (2024), concuerdan que en las mujeres multíparas se presentó con mayor frecuencia la APP hasta en un 54,2%; dando concordancia con el presente estudio que, aunque no hayan presentado estadísticamente una relevancia significativa, mantienen un acuerdo con estudios anteriores en cuanto a factores gineco-obstétricos.

En este sentido, la RPM no tiene una asociación estadísticamente significativa a la APP con un p-valor de 0,314, difiere de Quiñonez y Suing (2024), quienes mencionan la asociación significativa de la RPM y la APP con un p 0,028, OR: 2, 212, IC 95%: 1,081-4,528.

www.bdigital.ula.ve

En cuanto al estado nutricional en las gestantes del presente estudio reveló que, si bien una proporción considerable presentaba sobrepeso y obesidad (especialmente en el grupo de casos con un 28,05% y 6,71% respectivamente), no se halló una asociación estadísticamente significativa entre la categoría de Índice de Masa Corporal (IMC) y la amenaza de parto pretérmino (p = 0,116). Este hallazgo coincide con lo reportado por García (2022), quien en su investigación en el Hospital Sermesa Masaya, Nicaragua, observó que la mayoría de sus pacientes (60,5%) se encontraban en la categoría de normopeso, sugiriendo que el estado nutricional por sí solo no fue el factor determinante para la entidad clínica en su muestra. Sin embargo, estos resultados presentan una discrepancia con lo expuesto por Torres y Burgos (2023) puesto que, en su investigación, el 67,5% de las gestantes presentaban sobrepeso u obesidad, concluyendo que estas condiciones eran prevalentes en quienes terminaron en parto pretérmino. Por su parte, Rodríguez (2024) halló una asociación significativa (p < 0,05)

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

específicamente entre la obesidad y la amenaza de parto pretérmino en Cajamarca, Perú. La ausencia de significancia estadística en la presente investigación ($p > 0,05$ tanto para IMC como para peso en la prueba ANOVA) podría atribuirse a la variabilidad de la muestra o a que otros factores fisiológicos predominan en la población estudiada. No obstante, el hallazgo en esta muestra de la diferencia significativa en la talla de las gestantes ($p = 0,004$), con una mayor variabilidad en el grupo de los casos, este resultado invita a considerar la estructura antropométrica integral de la madre, más allá de la carga ponderal.

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

CAPITULO V

CONCLUSIÓN

Tras el análisis de los resultados y la discusión de los hallazgos, se exponen las siguientes conclusiones en correspondencia con los objetivos específicos de la investigación:

1. Factores Sociodemográfico

Se logró caracterizar sociodemográficamente a la muestra, identificando una edad promedio de 25 años, lo que sitúa la incidencia de la APP en el pico de la etapa reproductiva. Se demuestra que el estado civil "casada" actúa como un factor protector significativo (**p = 0,025**), sugiriendo que la estabilidad del entorno familiar reduce la vulnerabilidad ante la APP. Asimismo, se identificó que la ocupación de comerciante se asocia a un menor riesgo, posiblemente por una mayor capacidad de adquisición económica que garantiza un mejor control prenatal. Se determinó que el consumo de tabaco es un factor de riesgo físico y conductual crítico, ya que las gestantes fumadoras presentan más probabilidad de desarrollar APP (**p = 0,025**). Por el contrario, el consumo de alcohol, café y sustancias ilícitas no mostró una relación estadística relevante, lo que indica que el tabaquismo es el hábito de mayor impacto negativo evitable en el contexto local estudiado.

www.bdigital.ula.ve

2. Factores Obstétricos

- Control Prenatal: Existe una asociación contundente (**p < 0,001**) entre el control prenatal deficiente (6 consultas o menos) y el inicio tardío del mismo (después de la semana 14) con la presencia de APP.
- Condiciones de embarazo: El polihidramnios se ratifica como un factor de riesgo asociado a la APP (p = 0,041).
- Antecedentes obstétricos: El parto pretérmino y la multiparidad (**OR = 1,17**) son hallazgos clínicos frecuentes y la RPM y la longitud cervical corta no alcanzaron la significancia estadística en esta muestra.

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

- Las infecciones vaginales representan el factor de riesgo más determinante con una alta significancia estadística (**p < 0,001**). En contraste, las ITU y las ITS no mostraron asociación significativa en esta población.

3. Factores Médicos

Respecto al estado nutricional, aunque se observó una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad en los casos, el IMC no fue un factor determinante (p = 0,116), aunque la talla materna sí mostró diferencias significativas (**p = 0,004**), sugiriendo la necesidad de evaluar la antropometría integral.

Verificación de Hipótesis: Finalmente, se acepta la Hipótesis Alternativa (H1), confirmando que existe una asociación significativa entre factores seleccionados (estado civil, ocupación, tabaquismo, infecciones vaginales, polihidramnios y calidad del control prenatal) y la APP. Se rechaza la Hipótesis Nula (H0) para estas variables específicas, demostrando que la génesis de la APP en el IAHULA es de carácter multifactorial, donde los determinantes clínicos infecciosos y la captación tardía del embarazo juegan el rol principal.

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

RECOMENDACIONES

Para el Personal de Salud (Nivel asistencial):

-. Tamizaje Prioritario de Infecciones Vaginales: Implementar protocolos de cribado para candidiasis y vaginosis bacteriana en el primer trimestre, independientemente de la sintomatología clínica, para mitigar el riesgo de irritabilidad uterina de origen infeccioso, dado a la asociación estadística observada entre las infecciones vaginales y la de APP ($p < 0,001$).

-. Evaluación del entorno psicosocial: Considerando que el estado civil "casada" actuó como un factor protector significativo (valor p 0,025), se recomienda al personal de salud identificar a gestantes con redes de apoyo limitadas (unión libre o solteras) para ofrecer un acompañamiento multidisciplinario que mitigue posibles estresores externos

-. Monitorización Antropométrica Integral: No limitar la evaluación nutricional únicamente al IMC; se recomienda considerar la estructura antropométrica completa (incluyendo la talla y la ganancia de peso) y prestar vigilancia extrema a los casos de bajo peso y obesidad por su asociación con la prematurez.

www.bdigital.ula.ve

Para la Gestión Hospitalaria y Salud Pública (IAHULA)

-. Optimización de la Captación Precoz: Desarrollar programas de captación temprana de la embarazada antes de la semana 14. Dado que el inicio tardío y el bajo número de controles (≤ 6) fueron factores críticos, es vital reducir las barreras de acceso a las consultas iniciales.

-. Intervención en factores de riesgo modificables: Dada la magnitud del riesgo asociado al tabaquismo (OR: 4,29), se recomienda la integración de programas de cesación tabáquica y educación para la salud dentro del control prenatal, priorizando a las gestantes en su pico reproductivo (rango de 24-25 años).

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

Para la Educación y Promoción de la Salud

-. Fortalecimiento de la Educación Prenatal: Instruir a las gestantes sobre los signos de alarma de la APP y la importancia de tratar las infecciones genitales a tiempo para prevenir la irritabilidad uterina.

Para Futuras Investigaciones

-. Estudios sobre Comorbilidades: Realizar investigaciones con muestras más amplias para profundizar en la relación entre la preeclampsia, la diabetes tipo II y la APP, factores que estuvieron presentes exclusivamente en el grupo de casos.

-. Seguimiento de Longitud Cervical: Realizar estudios prospectivos que utilicen la cervicometría de manera sistemática para evaluar su valor predictivo en esta población específica, dado que fue un hallazgo poco frecuente en la presente muestra.

-. Continuando con la misma línea de investigación, homogeneizar la muestra de los grupos casos y controles, con el fin de reducir factores de confusión que pudieran incidir en la relación entre los factores analizados.

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Argimon, J., y Jiménez, J. (2019). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica* (5.ª ed.). Elsevier.

Arias, F. G. (2006). *El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica* (5.ª ed.). Editorial Episteme.

Arias, F. G. (2012). *El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica* (6.ª ed.). Editorial Episteme.

Arias, F. G. (2021). *El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica* (7.ª ed.). Editorial Episteme. https://abacoenred.org/wp-content/uploads/2019/02/El-proyecto-de-investigaci%C3%B3n-F.G.-Arias-2012-pdf-1.pdf

Bonifaz, A. (2024). *Micología médica básica* (7.ª ed.). McGraw-Hill.

Cajina, M., y Briceño, S. (2021). *Factores de riesgo asociados a amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Centro de Salud Camilo Díaz, Municipio El Castillo, SILAIS Río San Juan, durante abril 2020 a marzo 2021* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua]. Repositorio UNAN. https://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/17533/1/17533.pdf

Calera, R., y Hernández, D. (2017). *Evaluación de la calidad del aire y salud ambiental*. Editorial Universitaria.

Castillo, M., Arraiz de Fernández, C., y Sánchez, M. (2019). Factores de riesgo maternos asociados al parto pretérmino. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, *38*(6), 698-703.

Centre de Medicina Fetal I Neonatal de Barcelona. (2022). *Protocolo: Amenaza de parto pretérmino*. Hospital Clínic-Hospital Sant Joan de Déu. https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/amenaza_de_parto_pretermino_hcp_hsjd.pdf

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

Chavarría, M. (2019). *Salud sexual y reproductiva: Un enfoque integral*. Organización Panamericana de la Salud.

Cobo, T., Ferrero, S., y Palacio, M. (2018). *Protocolo: Amenaza de parto pretérmino*. Medicina Fetal Barcelona.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 36.860,* 30 de diciembre de 1999.

Corona-Martínez, L., y Fonseca-Hernández, M. (2021). Acerca del carácter retrospectivo o prospectivo en la investigación científica. *Medisur, 19*(2).

De Jesús, C. (2024). *La investigación cuantitativa*. Corporación Universitaria de Asturias.

Enciso, L., y Cisneros, K. (2023). *Amenaza de parto prematuro en gestantes atendidas en el hospital de Apoyo Huanta, Ayacucho 2021* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Huancavelica]. Repositorio Institucional UNH.

www.bdigital.ula.ve

Equipo Científico Salud Universidad de Valencia. (2024). *Informe anual sobre innovación y sistemas de salud*. Universidad de Valencia.

Escobar, P., y Martínez, J. (2016). Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 55*(4), 424-428.

Frey, M., y Paler, J. (2024). *Avances en la gestión comunitaria de la salud*. Editorial Médica Panamericana.

García Briceño, K. B. (2022). *Factores de riesgo relacionados a la amenaza de parto pretérmino en embarazadas atendidas en Hospital Sermesa Masaya, de septiembre 2021-febrero 2022* [Tesis de grado, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua]. Repositorio Institucional.

Guartán, E., y Morocho, J. (2019). *Impacto de los programas de prevención en salud pública* [Tesis de grado, Universidad de Cuenca]. Repositorio Institucional.

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

Gutiérrez, M., Sánchez, R., y Ore, L. (2021). Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en madres jóvenes atendidas en un hospital de Perú. *MEDISAN, 25*(2), 346-356.

Hernández Sampieri, R. (2006). *Metodología de la investigación* (4.ª ed.). McGraw-Hill.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill Education.

Hernández-Sampieri, R., y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill.

Hurtado de Barrera, J. (2000). *Metodología de la investigación holística*. Fundación SYPAL.

Hurtado de Barrera, J. (2010). *Metodología de la investigación: Guía para la comprensión holística de la ciencia*. Ediciones Quirón.

Infosalud. (2019). *Guía de cuidados preventivos y salud mental*. Ministerio de Salud.

Iza, A., y Bustillos, M. (2022). Amenaza de parto prematuro predicción prevención y manejo. *RECIMUNDO, 6*(4), 586-595.

www.bdigital.ula.ve

Jiang, C. H. (2016). Mind-body intervention and executive control function. *Frontiers in Psychology*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00001

Lepkowski, J. M., Tucker, C., Brick, J. M., De Leeuw, E. D., Japec, L., Lavrakas, P. J., Link, M. W., y Sangster, R. L. (Eds.). (2008). *Advances in telephone survey methodology*. Wiley.

Levine, D., Krehbiel, T., y Berenson, M. (2006). *Estadística para administración y economía*. Pearson Educación.

Ley del Ejercicio Profesional de la Enfermería. (2005). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 38.263*, 1 de septiembre de 2005.

Malhotra, N. (2010). *Investigación de mercados* (6.ª ed.). Pearson Education.

Martínez, A., et al. (2022). *Factores sociales y la incidencia de amenaza de parto prematuro en las pacientes de ginecología y obstetricia del hospital nacional San Rafael* [Tesis de licenciatura, Universidad Evangélica de El Salvador].

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

Ministerio de Salud. (2013). *Norma oficial de atención integral en salud sexual y reproductiva*. Gobierno de la República de Venezuela.

Mishel, M. H. (1981). The measurement of uncertainty in illness. *Nursing Research, 30*(5), 258–263. https://doi.org/10.1097/00006199-198109000-00004

Naciones Unidas. (2000). *Declaración del Milenio* [A/RES/55/2].

Naciones Unidas. (2015). *Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe de 2015*. https://www.un.org/es/millenniumgoals/

Nguyen, V. N. (2021). *Elementos de diagnóstico en medicina energética*. Editorial Dilema.

Ochoa, M., y Pérez, A. (2009). Amenaza de parto prematuro. Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 32*(Supl. 1), 105-119.

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Nacimientos prematuros*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Mortalidad materna*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

Oskavi, A. (2018). Epidemiología y salud global en el siglo XXI. *Journal of Health Research*.

Otzen, T., y Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *International Journal of Morphology, 35*(1), 227-232.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., y Parsons, M. A. (2015). *Health promotion in nursing practice* (7.ª ed.). Pearson.

Pérez, M., y Álvarez, J. (2017). Procesos cognitivos y afectivos implicados en la resolución de problemas: Desarrollo e intervención. *Miscelánea Comillas, 75*(146), 41-69.

Polit, D., y Hungler, B. (2005). *Investigación científica en ciencias de la salud* (6.ª ed.). McGraw-Hill Interamericana.

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

Quiñónez, M., y Suing, J. (2024). *Prevalencia de amenaza de parto pretérmino y su relación con los factores de riesgo asociados en el Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja, periodo 2021* [Tesis de grado, Universidad de Cuenca]. Repositorio Institucional.

Quiroz Gutiérrez, F. (2016). *Tratado de anatomía humana* (44.ª ed.). Editorial Porrúa.

Robert, A. B. (2024). Desempeño profesional del equipo multidisciplinario de salud. *Revista de Educación Médica Superior, 38*(1).

Rodríguez, J. (2024). *Factores maternos asociados a amenaza de parto pretérmino. Hospital II-E Simón Bolívar. Cajamarca, 2022-2023* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Cajamarca].

Rosado, L., y Ariel, M. (2021). *Complicaciones del recién nacido por parto pretérmino del hospital básico El Empalme, 2020* [Tesis de licenciatura, Universidad Estatal Península de Santa Elena].

Ruoti, M. (2020). Tocolíticos en la amenaza de parto prematuro. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción), 53*(3), 115-130.

Salazar, M., Guevara, R., y Dominguez, K. (2021). Causas más frecuentes de amenaza de parto prematuro en el Hospital Universitario. *RECIAMUC, 5*(1), 70-77.

Silva, E. (2018). *Educación para la salud y empoderamiento ciudadano*. Consejo General de Enfermería.

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2020). Guía de Asistencia Práctica: Parto pretérmino. *Progresos de Obstetricia y Ginecología, 63*(5), 283-321.

Torres, S., y Burgos, M. (2023). *Amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto Felipe Santiago Arriola Iglesias 2022* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Huancavelica].

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

Universidad Internacional de Valencia. (2024). *Ética en investigación: Principios, retos y futuro*. https://www.universidadviu.com/co/actualidad/nuestros-expertos/etica-en-investigacion-principios-retos-y-futuro

Uzaga, M. (2019). El papel de la enfermería en la promoción de la salud. *Revista de Enfermería Avanzada, 77*(4), 888-901.

Valecillos, L., y Ramos, J. (2027). *Nivel de cumplimiento del protocolo de la amenaza de parto pre-término en el Hospital Bertha Calderón Roque* [Tesis monográfica, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua].

Vargas Tijerino, P. (2015). El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios de salud. *Estudios Gerenciales, 31*(134), 8-19.

Zhang, T. (2024). Preterm labor: Causes, risks and management strategies. *Journal of Nursing and Patient Care, 7*(1).

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual

Anexo 1. Instrumento de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS **N° de ficha: _____**

<table>
<tr><th colspan="4">DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS</th></tr>
<tr><td>1. Edad materna:</td><td>2. Estado civil:
a) Soltera ( )
b) Casada ( )
c) Unión libre ( )</td><td>3. Procedencia:
a) Local ( )
b) Foránea ( )</td><td>4. Grado de instrucción:
a) Primaria incompleta ( )
b) Primaria completa ( )
c) Secundaria incomplet ( )
d) Secundaria completa ( )
c) Universitario ( )
d) Ninguno ( )</td></tr>
<tr><td>5. Ocupación:
a) Ama de casa ( )
b) Estudiante ( )
c) Comerciante ( )
d) Profesional ( )
e) Otro ( )</td><td></td><td>6. Hábitos psicosociales:
a) Tabaquismo: Si ( ) No ( )
b) Consumo de bebidas alcohólicas: Si ( ) No ( )
c) Consumo de sustancias ilícitas: Si ( ) No ( )
d) Consumo de café: Si( )No(</td><td></td></tr>
<tr><th colspan="4">DATOS OBSTÉTRICOS</th></tr>
<tr><th colspan="4">ANTECEDENTES</th></tr>
<tr><td>7. Paridad:
Nulípara ( )
Multípara ( )</td><td>8. Periodo intergenésico:
Corto ( )
Largo ( )</td><td>9. Numero de gestaciones:
a) 0-2 ( )
b) 3- 4 ( )
c) Mayor o igual a 5 ( )</td><td>10. Números de partos
a) 0-2 ( )
b) 3- 4 ( )
c) Mayor o igual a 5 ( )</td></tr>
<tr><td>11. Antecedentes de abortos:
Si ( ) No ( )</td><td>12. Antecedentes de parto pretérmino:
Si ( ) No ( )</td><td>13. Antecedentes de cesárea:
Si ( ) No ( )</td><td>14. Polihidramnios:
Si ( ) No ( )</td></tr>
<tr><th colspan="4">EMBARAZO ACTUAL</th></tr>
<tr><td>15. Edad gestacional:
a) Entre 22 y 30 semanas ( )
b) Entre 31 y 37 semanas ( )</td><td>16. Tipo de embarazo:
a) Único ( )
b) Múltiple ( )</td><td>17. Inicio control prenatal.
a) Antes de las 13 semanas) ( )
b) Después de las 14 semanas) (
c) Nunca ( )</td><td>18. Números de controles.
a) < 6 controles ( )
b) >6 controles ( )
c) Ninguno</td></tr>
<tr><td>19. Longitud cervical.
a) corta ( )
b) normal ( )</td><td>20. Ruptura prematura de membrana.
Si ( ) No ( )</td><td>21. Infecciones vaginales
a) Candidiasis ( )
b) Tricomoniasis ( )
c) Vaginosis bacteriana ( )
d) Otras ( )
e) Ninguna ( )</td><td>22. Infecciones urinarias.
a) Bacteriuria asintomática (
b) Cistitis ( )
c) Pielonefritis ( )
d) Ninguna ( )</td></tr>
<tr><td colspan="4">23. ITS: a) VIH ( ) b) Sífilis ( ) c) VPH ( ) d) Hepatitis B ( ) e) Otras ( ) f) Ninguna ( )</td></tr>
<tr><th colspan="4">DATOS MÉDICOS</th></tr>
<tr><td>24. Comorbilidades:
a) DM:
-Tipo I o II ( )
- Gestacional ( )
- Ninguna
b) HTA:
- Crónica ( )
- Gestacional ( )
- Preeclampsia ( )
- Eclampsia ( )
- Ninguna</td><td colspan="2">25. Estado nutricional:
a) Bajo peso < 18,5 kg/m2 ( )
b) Peso normal 18,5 – 24,9 kg/m2 ( )
c) Sobrepeso 25,0 – 29,9 kg/m2 ( )
d) Obesidad ≥ 30,0 kg/m2 ( )

26. Anemia:
- Leve
- Moderada
- Grave</td><td></td></tr>
</table>

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento-No comercial-Compartir igual