



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Factores sociodemográficos en el riesgo de parto prematuro en gestantes del Hospital Sergio Bernales en el período de 2019-2020

TESIS

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

AUTOR

Chavez Mauricio, Ronni Delinger (0000-0001-8809-8804)

ASESOR

Brady E. Beltrán Garate (0000-0003-4469-3817)

**Lima, Perú
2022**

Metadatos Complementarios

Datos de autor

AUTOR: Ronni Delinger Chavez Mauricio

Tipo de documento de identidad del AUTOR: DNI

Número de documento de identidad del AUTOR: 76460031

Datos de asesor

ASESOR: Brady E. Beltrán Garate (0000-0003-4469-3817)

Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI

Número de documento de identidad del ASESOR: 29585402

Datos del jurado

- PRESIDENTE: Mg. Arango Ochante Pedro Mariano (0000-0002-3267-1904)
- MIEMBRO: Dr. Luna Muñoz Consuelo del Rocío (0000-0001-9205-2745)
- MIEMBRO: Mg. Roque Quezada Juan Carlos (0000-0002-1886-0426)

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.00.00

Código del Programa: 912016

DEDICATORIA

*A Dios por permitirme luchar
a diario por mis metas,
en segundo lugar, a mis padres por hacer
hasta lo imposible por sacar adelante a sus hijos,
a mi asesor por confiar en mí y su infinita paciencia,
a mis compañeros y futuros colegas que pasan este camino,
que la unión prevalezca siempre en nosotros.*

ÍNDICE

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

1.2 Formulación del problema

1.3 Línea de Investigación

1.4 Objetivos

1.4.1 General

1.4.2 Específico

1.5 Justificación del Estudio

1.6 Delimitación

1.7 Viabilidad

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

2.1.1 Antecedentes Internacionales

2.1.2 Antecedentes Nacionales

2.2 Bases teóricas

2.2.1. Epidemiología:

2.2.2. Definición de Parto pretérmino

2.2.3. Patogénesis del parto pretérmino espontáneo

2.2.4. Clasificación

2.2.5. Etiología

2.2.6. Factores de riesgo

2.2.7. Evaluación clínica

2.2.8. Pruebas diagnósticas

2.2.9. Tratamiento

2.3 Hipótesis de investigación

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Diseño de estudio

3.2 Población

3.3 Muestra

3.3.1 Tamaño muestra

3.3.2 Tipo de muestreo

3.3.3 Criterios de selección de la muestra

3.3.3.1 Criterios de inclusión

3.3.3.2 Criterios de exclusión

3.4 Variables del estudio

3.4.1 Definiciones conceptuales

3.5 Técnicas e instrumento de recolección de datos

3.6 Procesamiento de datos y plan de análisis

3.7 Aspectos éticos de la investigación

3.8 Limitaciones de la investigación

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPÍTULO VI: RECURSOS Y CRONOGRAMA

6.1 Fuente de financiamiento

6.2 Recursos humanos y materiales

6.3 Cronograma

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS

ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS

ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA

ANEXO 4: CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES

ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN

ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER

ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA

ANEXO 9: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

ANEXO10: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Resumen

Introducción: A nivel global, la prematuridad viene a ser la primera de las causas de mortalidad en los menores de cinco años.¹ Las tasas de nacimientos prematuros están aumentando lo que conlleva a la necesidad de estudios de prevención e identificación temprana.

Objetivo: Determinar la relación de los factores sociodemográficos y el riesgo de parto prematuro en gestantes del hospital Sergio Bernales en el periodo de 2019-2020

Materiales y métodos: Estudio observacional, analítico, retrospectivo, y de casos-control, se buscó cuantificar la relación entre los factores sociodemográficos y el riesgo de parto prematuro. Se usó una revisión de historias clínicas correspondientes al servicio de Ginecología-Obstetricia del hospital Sergio Bernales. Los datos obtenidos se estudiaron mediante el programa SPSS y se buscó una asociación mediante análisis bivariado.

Resultados: Del estudio de 300 gestantes, se realizó el análisis para 100 gestantes con diagnóstico de parto pretérmino que constituyeron los casos y 200 gestantes como grupo control. En el análisis bivariado se obtuvo que el parto pretérmino estuvo asociado a procedencia rural o extranjera ($p < 0.01$); OR: 3.51 IC 95% = [2.03-6.06], edades extremas ($p < 0.01$); OR: 2.72 con un IC 95% = [1.53-4.85], y no afiliada al SIS ($p < 0.03$); OR: 2.59 con un IC 95% = [1.07-6.21].

Conclusiones: La procedencia rural o extranjera, edades extremas y no afiliada al SIS son factores asociados al riesgo de parto pretérmino.

Palabras clave: Parto pretérmino, Factor de riesgo, Estudio caso-control.

Summary

Introduction: Globally, prematurity is the leading cause of mortality in children under the age of five.¹ Premature birth rates are increasing leading to the need for prevention studies and early identification.

Objective: To determine the relationship of sociodemographic factors and the risk of premature delivery in pregnant women of the Sergio Bernales hospital in the period of 2019-2020.

Materials and methods: Observational, analytical, retrospective, and case-control study sought to quantify the relationship between sociodemographic factors and the risk of preterm birth. A review of medical records corresponding to the Gynecology-Obstetrics service of the Sergio Bernales Hospital was used. The data obtained were studied using the SPSS program and an association was sought using bivariate analysis.

Results: From the study of 300 pregnant women, the analysis was carried out for 100 pregnant women with a diagnosis of preterm birth who constituted the cases and 200 pregnant women as the control group. In the bivariate analysis, it was found that preterm birth was associated with rural or foreign origin ($p < 0.01$); OR: 3.51, 95% CI = [2.03-6.06], extreme ages ($p < 0.01$); OR: 2.72 with a 95% CI = [1.53-4.85], and unaffiliated to SIS ($p < 0.03$); OR: 2.59 with a 95% CI = [1.07-6.21].

Conclusions: Rural or foreign origin, extreme ages and unaffiliated to SIS are factors associated with the risk of preterm birth.

Key words: Preterm delivery, Risk factor, Case-control study.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Para el recién nacido, el parto prematuro es un factor de riesgo que tiene un impacto en la salud, bienestar y desarrollo en la vida adulta ².

Se define parto pretérmino a los nacimientos de productos de la gestación después de la semana 20 y antes de la semana 37 de embarazo. Las evidencias epidemiológicas actuales encaminadas a reconocer factores asociados no hallan explicación a casi un 40% de los nacimientos pretérmino por ello tenemos un 60% que son evidenciables y este hecho abren las puertas a la investigación ³.

A nivel global se evidencia que cada año sucede alrededor de 15 millones de nacimientos antes de las 37 semanas de embarazo y 1,1 millones de niños fallecen por complicaciones intraparto. Se estima que cerca del 9,6% de la mortalidad perinatal a nivel global pertenece a los partos pretérminos; y su distribución a nivel continental es de casi el 70%; se puede encontrar en América Latina y el Caribe, 8,1%; en Europa, 6,2%; en Norteamérica, 10,6%; y en Colombia, 10% - 12%. Según otras fuentes se puede concluir, que la tasa más elevada de prematuridad en general se encuentra entre África, América, seguido de Europa ⁴.

La evaluación de la evidencia en relación a la supervivencia de nacidos prematuros demuestra una gran disparidad en los diversos continentes y países. Si evaluamos zonas catalogadas con ingreso bajo o pobreza, un 50% de los neonatos pretérmino a las 32 semanas, tienen una esperanza de vida baja o fallecen por no tener una calidad de atención igual o limitaciones en su acceso. En los entornos de ingresos mayores, las cifras de fallecimiento son cercanas al cero. La limitación al acceso tecnológico en salud, en zonas de ingresos intermedios aumenta la carga porcentual de discapacidad en el grupo de partos pretérmino que superan la fase preparto ¹.

El parto pretérmino está asociado a variables socio-biológicas, historia obstétrica y complicaciones durante y antes del embarazo. La evidencia durante los años ha dado a luz las condiciones maternas, materno-fetales, y obstétricas que desencadenan un parto

pretérmino. Se han relacionado con factores demográficos entre los que se incluyen: la edad materna (gestante < 15 y >35 años), antecedente de parto pretérmino previo y condiciones asociadas con el estilo de vida, como el bajo nivel socioeconómico, el tabaquismo, el alcoholismo, la drogadicción, la desnutrición crónica, así como la falta de atención prenatal³.

Actualmente los factores asociados a esta patología, tienen una amplia variedad de subcategorías, y estos se presentan diferentes entre país, continente y sociedad. El objetivo de esta investigación es realizar un estudio para determinar la relación de los factores sociodemográficos y el riesgo de parto prematuro en gestantes del hospital Sergio Bernales en el periodo de 2019-2020.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la asociación entre los factores sociodemográficos y el riesgo de parto prematuro en gestantes del hospital Sergio Bernales en el periodo de 2019-2020?

1.3 Línea de Investigación

Prioridades de investigación nacional en salud 2019-2023:

- 8) Salud ambiental y ocupacional
- 9) Salud materna prenatal y neonatal

Prioridades de investigación INICIB-URP:

- Salud pública y epidemiología

1.4 Objetivos

1.4.1 General

Determinar la relación de los factores sociodemográficos y el riesgo de parto prematuro en gestantes del hospital Sergio Bernales en el periodo de 2019-2020

1.4.2 Específicos

1. Comprobar si la edad materna está relacionado al riesgo de parto prematuro en gestantes del hospital Sergio Bernales en el periodo de 2019-2020.

2. Evaluar si el nivel de instrucción materno está relacionado al riesgo de parto prematuro en gestantes del hospital Sergio Bernales en el periodo de 2019-2020.
3. Identificar si la afiliación al SIS materno está relacionado al riesgo de parto prematuro en gestantes del hospital Sergio Bernales en el periodo de 2019-2020.
4. Determinar si el lugar de procedencia está relacionado al riesgo de parto prematuro en gestantes del hospital Sergio Bernales en el periodo de 2019-2020.
5. Comprobar si la ocupación materna está relacionada al riesgo de parto prematuro en gestantes del hospital Sergio Bernales en el periodo de 2019-2020.
6. Evaluar si el estado civil materno está relacionado al riesgo de parto prematuro en gestantes del hospital Sergio Bernales en el periodo de 2019-2020.

1.5 Justificación del Estudio

Considero que el parto pretérmino, es un gran contribuyente a los registros de mortalidad perinatal y de las tasas de discapacidad a nivel nacional e internacional, por ello se deduce la importancia y relevancia por esclarecer las causas y promover su estudio.

En el supuesto que se deje de lado este estudio o se consideré que no tiene relevancia nacional, se esperaría que aumenten progresivamente los costos en salud, por muerte neonatal, perinatal y tasas de discapacidad, que sabemos que son uno, sino parte de los mayores indicadores de capacidad resolutiva, y de calidad del sistema de salud, tanto en pequeños establecimientos como en hospitales de gran capacidad resolutiva.

Existe un enfoque nuevo, que es el planteado en este estudio, donde mi interés en la demografía nacional y compararla con la internacional, me lleva a querer estudiar por qué es que las características sociodemográficas nacionales, tienen tanta diferencia y se consideran según muchos estudios un factor, predisponente o de riesgo para un gran grupo de patologías, es decir nacer en un entorno, o con cierta calidad de vida, te expone desde el nacimiento a desarrollar patologías conocidas.

A modo de resumen agregaría que el parto prematuro se produce por una serie de razones antes dichas, que son motivo de este estudio y por ello busco identificar los factores de riesgo sociodemográficos maternos, con el fin de comunicar oportunamente los resultados al establecimiento de salud y se pueda indicar un manejo precoz y detección temprana de los factores de riesgo de cada gestante.

1.6 Delimitación

El estudio se realizó en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, en la especialidad de Gineco-Obstetricia, ubicado en el distrito de Comas, altura de Av. Túpac Amaru N°8000. Se analizó las historias clínicas de las gestantes que fueron atendidas en el periodo de enero 2019 a enero de 2020. De igual manera se realizó una recolección de datos haciendo una revisión de historias clínicas. Cada gestante tuvo el diagnóstico de parto prematuro, el cual fue determinado en base a las definiciones actuales de la ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) ⁵. Se tomó datos como edad materna, nivel de instrucción, afiliación al SIS, estado civil, procedencia y ocupación para evaluar su significancia como factores de riesgo.

1.7 Viabilidad

El presente trabajo es viable debido a que se cuenta con permiso del hospital, además que se nos facilitó el acceso a las historias clínicas de los pacientes de dicho servicio. El número de pacientes del hospital es el correcto para nuestra muestra. Se cuenta con los materiales necesarios para la realización del trabajo.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Hidalgo-Lopezosa et al. ⁶ En el 2019. Realizan un estudio transversal, descriptivo en pacientes en España en el año 2015, se estudian un total de 331 449 mujeres, encuentran una tasa de nacimientos prematuros del 6,7%; las variables sociodemográficas asociadas con el parto prematuro son la edad materna ≤ 19 años (OR 1.33 95% IC 1.18–1.49), las madres inmigrantes de origen latinoamericano (OR 1.33 95% CI 1.22–1.45), romano (OR 1.30 95% IC 1.21–1.40) y africano (OR 1.11, 95% IC 1.02–1.21), el nivel educativo si es solo educación primaria (OR 1.16 95% IC 1.11– 1.21), o solo educación secundaria (OR 1.10 95% IC 1.05–1.16) y las mujeres que viven en grandes ciudades con más de 100 mil habitantes (OR 1.11 95% IC 1.05–1.16).

Leneuve-Dorilas et al. ⁷ M. En 2019. Realizan un estudio de casos y controles prospectivo, entre febrero de 2016 y febrero de 2017, en un hospital materno nivel 3 de Guyana Francesa, estudian 94 casos y 282 controles, encontrando que los factores sociales son significativamente asociados a parto prematuro temprano, entre ellos encontrando que la falta de una cobertura de salud se asocia al riesgo de parto prematuro temprano y extremo (OR 3.3 IC95% 1.4–7.9) y en tanto a su profesión las pacientes que sí consignan tenerla se asociaba con disminución del riesgo para parto prematuro (OR 0.7 IC 95% 0.4–1.1).

Leonard et al. ⁸ En el año 2015. En su estudio cohorte prospectivo, estudia 1174 madres, el objetivo de su estudio es evaluar los posibles factores de riesgo antes del embarazo para el parto prematuro en una población hispana y una población nacida en Estados Unidos, entre sus resultados más significativos los factores pre gestacionales, son edad materna >35 años (OR 2.00 95% CI 1.04-3.84), experiencia de una vida económica estresante en mujeres estadounidenses (OR 2.61 95 % CI 1.43-4.77) e hipertensión arterial (OR 2.69 95% CI 0.53-13.71).

Prunet et al. ⁹ En el 2017. En su estudio transversal, retrospectivo buscan comparar los resultados de factores de riesgo asociado a parto pretérmino en poblaciones de 14 326 nacidos vivos en 2010 y 12 885 nacidos vivos en 1995, Entre sus resultados con asociación significativa se encuentran ingresos mensuales menores a 1000 euros (aOR = 1.9 IC 95% 1.2-3.01), estudios de Escuela media "high school" (general) o menos (aOR = 1.7 95% IC 1.2-2.51) en la data de 2010 y su resultado más relevante es antecedente de parto pretérmino (aOR = 6.6 95%CI 5.0-8.7).

Techane et al. ¹⁰ En el año 2021, realizan un estudio retrospectivo, transversal, en 310 mujeres que tuvieron parto pretérmino espontáneo en el Hospital, Asella, Ethiopia durante un año de estudio. Entre sus hallazgos encuentran significancia estadística asociada a parto prematuro en pacientes residentes en zona rural (AOR = 2.51 IC95% 1.12-5.51) además de paciente sin pareja/compañero [AOR] = 1.47 95%CI 1.2-4.4). Además, concluyen que la prevalencia de parto pretérmino en general fue alta en el estudio, 67.1% (208 de 310)

En el año 2019, Poulsen et al. ¹¹ Estudian en qué medida fumar durante el embarazo se asocia además a diferencias educativas en el parto prematuro. Hacen un análisis comparativo de los datos de tres grandes estudios de cohortes de nacimiento en Dinamarca: la Cohorte Nacional Danesa de Nacimientos (DNBC), el Estudio Holandés de Generación R y el Estudio Noruego de Cohorte Madre e Hijo (MoBa). En sus resultados los efectos totales de la educación materna fueron 2.0 (95% intervalo de confianza [IC] 1.4-2.5), 3.2 (IC 95% 0.8-5.2) y 2.0 (IC 95% 0.9-3.0) para partos prematuros al comparar la educación primaria / secundaria inferior con un título académico o equivalente.

En el 2019, Margerison et al. ¹² Tienen como objetivo encontrar una inferencia causal, en tanto a las condiciones socioeconómicas durante el embarazo y los resultados del embarazo, refiriéndose a parto pretérmino en Michigan desde 1990 hasta 2012. Abarcaron una población de 102 558 nacimientos únicos, usando un modelo de análisis de efectos fijos maternos (FE), hallando que el aumento de desempleo en un punto porcentual en el primer trimestre se asociaba con un aumento pequeño 3% en las probabilidades de parto pretérmino (PTB) (95% CI 1.01-1.05).

Barr et al.¹³ En el año 2019. En un estudio desarrollado en USA, con 138 118 participantes por medio de un banco de datos del Centro de Monitoreo y Evaluación, Prevención y Control del Embarazo durante los años 2012-2014, con objetivo de demostrar la asociación del estatus marital y los diversos resultados riesgosos en el embarazo. Demuestran que las mujeres casadas tenían un menor riesgo de parto prematuro (AOR = 0.88, intervalo de confianza del 95% [IC; 0.81-0.95]) considerándose como factor protector, frente a no casadas que demostraron tener mayor frecuencia de edad entre 20-24 años, menos años totales de educación 36.7% (12 años), ser mayormente fumadoras y de recibir algún tratamiento médico.

En el 2016, Muhihi et al.¹⁴ En su ensayo aleatorizado, dobles ciegos tienen como objetivo identificar los factores de riesgo para término, pequeño para la edad gestacional (SGA), prematuro, apropiado para la edad gestacional (AGA) y SGA pretérmino entre 19 269 recién nacidos tanzanos. Hallan que los factores de riesgo significativos para AGA prematuro fueron la edad materna <25 años (1.16 IC 95% 1.06-1.27), la baja estatura materna (1.34 IC 95% 1.09-1.66), los primogénitos (1.15 IC 95% 1.05-1.26) y la disminución de la riqueza (1.49 IC 95% 1.32-1.68) (todos p <0.05). Los factores de riesgo significativos para SGA prematuro incluyen edad materna > 30 años (3.33 IC 95% 1.33–8.35), ser primogénito (3.21 IC 95% 1.63–6.33), y baja estatura materna (5.92 IC 95% 1.50–23.30) que parecía tener un riesgo muy significativo (todos p <0.05).

El Ayadi et al.¹⁵ En 2022, estiman el riesgo relativo en un estudio cohorte en USA del año 2007 al 2012, de una data de California ordenada según tipo de seguro, tienen como objetivo encontrar el riesgo doble de tener morbilidad materna severa y parto prematuro según tipo de seguro. Concluyen en que entre los factores sociodemográficos y perinatales que utilizaron, el acceso al cuidado de salud de calidad brindado por un seguro era importante para mejorar la salud materna y neonatal. Consecuente a esto podemos ver que las pacientes con cuidado prenatales con seguro médico y privado 1.12 (1.02–1.21) y 1.05 (0.93–1.19), difieren en el riesgo a las que no tiene seguro 1.58 (1.14–2.21)

Stylianou-Riga et al.¹⁶ En el año 2018, Chipre. En su estudio de casos y controles, tienen como objetivo, estudiar la asociación de las características demográficas, clínicas y socioeconómicas maternas con el parto prematuro y además bajo peso al nacer neonatal, tomando como controles 348 mujeres con recién nacidos prematuros y 348 mujeres con

nacidos a término. En sus hallazgos el parto prematuro se asocia con una mayor edad materna (OR: 1.12, IC 95%: 1.06-1.18), ausencia de diabetes gestacional (OR: 0.53 IC 95%: 0.30-0.97), largas horas de trabajo (OR: 3.77 95% IC: 2.08-6.84) y estrés emocional (OR: 8.5 IC 95%: 3.03-23.89).

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Según, Aliaga Rafael Greta Cecilia ¹⁷ en 2018, desarrollan un estudio de los factores clínicos asociados a parto pretérmino, con método de tipo observacional, analítico, de casos y controles y retrospectivo dónde se estudió a 160 gestantes, como grupo control partos a término y casos, partos pretérmino. Se evidencia un resultado de que un aproximado de un 31.2% de gestantes con parto pretérmino mantenía menos de 20 años de vida, esto se considera estadísticamente significativo en su estudio (OR=3.18 IC95%= 1.41 – 7.18).

Guadalupe et al. ¹⁸ En el año 2017. En su estudio de tipo observacional, analítico de caso y control, estudiaron 400 gestantes con parto pretérmino y otro grupo sin este factor. Entre sus hallazgos las edades extremas, 14-19 y 35-50 años se asocian significativamente, (OR: 4.22 IC 95%: 2.78-6.41), estado civil soltero y otras denominaciones (OR: 2.61 IC 95%: 1.66-4.12), nivel de educación secundaria (2.01 IC 95%: 0.18-22.35) y otros factores obstétricos estudiados.

Lozada A. H. ¹⁹ En 2018. En su estudio de observacional, retrospectivo de casos y controles y evalúan una muestra de 381 gestantes, entre sus hallazgos, se encuentra que los factores de riesgo más asociados significativamente con el parto pretérmino fueron: edad materna adolescente (ORa :8.84, p=0.002), procedencia (ORa: 0.35, p=0.020), antecedente de sangrado (ORa: 19.77 p<0.001).

Chira et al. ²⁰ En el año 2015, en su estudio tipo analítico, retrospectivo de casos y controles, utilizan el total de 2006 gestantes en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. Entre sus resultados significativos, se encuentra el no tener pareja (1.63 IC 95% 0.42-6.25), No tener un nivel educativo superior (2.65 IC 95% 0.78-8.99) entre otros factores preconcepcionales y postconcepcionales.:

García V. D. ²¹ En el 2018, en este estudio observacional, retrospectivo de casos y controles, realizado en 66 mujeres con diagnóstico de parto pretérmino y 132 controles sin este diagnóstico, entre sus resultados se encuentra que las edades extremas, ≤ 19 años o >34 años presentaban asociación OR 1.43 IC 95%, sin embargo, esta no era significativa $p=0,291$.

Taylor et al. ²² En el año 2019. Presentan un estudio cohorte de 9 613 mujeres embarazadas que tuvieron un parto durante cierto periodo (2014-2015), buscan encontrar la relación entre el estado del seguro de salud de la gestante al momento del parto (comercial, nacional gratuito-Medicaid o sin seguro), la utilización de este seguro y además la relación con resultados adversos (parto prematuro, entre otros). Según el reporte en el grupo de pacientes con resultados adversos como parto pretérmino, tiene leves variaciones entre grupo con seguro Medicaid 1.06 (0.84–1.33) y no asegurado 1.04 (0.69–1.58) sin embargo estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ajustándolo a las características de las pacientes.

Vergara M. A. ²³ En el 2020. En su estudio en su estudio observacional, transversal, analítico, busca determinar los factores asociados a prematuridad en recién nacidos por cesárea de causa preclámptica, en una muestra de 189, su factor más significativo fue insuficientes controles prenatales, (RP 2.63 IC95% 1.8-3.85 $p<0.001$) y entre factores maternos como edad materna de riesgo, tipo de embarazo, antecedente de preeclampsia no estuvieron asociadas a prematuridad

Alarcón C. J. C. ²⁴ En el 2017, realiza un estudio analítico de casos controles y retrospectivo de una muestra de 54 gestantes en el Hospital San Bartolomé durante el año 2016 en Lima, Perú; obtienen como resultado significativos que los factores de riesgo para parto pretérmino espontáneo en gestantes adolescentes son gestante sin instrucción (OR:7.89 IC 95% 0.94-66.54), la nuliparidad (OR:3.86 IC 95% 1.00-14.93), el índice de masa corporal anormal (OR:2.49 IC 95% 1.05-5.87) , la ruptura prematura de membranas (OR: 5.74 IC 95% 1.78-18.49), la anemia (OR:2.34 IC 95% 1.03-5.34) y la infección vaginal (OR:2.41 IC 95% 1.09-5.37).

En 2018, Concha et al. ²⁵ En su estudio analítico, retrospectivo de casos y controles, en una muestra de 260 gestantes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay;

Hallan entre sus factores significativos grado de instrucción bajo (OR: 1.48; IC95% 2.25-9.06), la anemia y la hipertensión inducida por el embarazo (OR: 1.35; IC95% 1.81-2.36).

2.2 Bases teóricas

La OMS nos menciona, que una comprensión óptima de las causas y los mecanismos del alumbramiento prematuro permitirá obtener en el logro de soluciones de prevención por ello se necesita una previa revisión teórica ¹.

2.2.1. Epidemiología:

En el mundo, anualmente el 11,5 al 15 % de todos los partos se producen antes del término y un tercio de estos corresponden a la mortalidad neonatal; un medio de estos se relaciona a lesiones neurológicas a largo plazo dentro de la primera etapa de vida. El nacimiento prematuro se asocia a una mayor frecuencia del síndrome de dificultad respiratoria, enterocolitis necrotizante, hemorragia intraventricular, ceguera y disminución paulatina de la audición ²⁶.

Los factores que se encuentran relacionados al parto pretérmino son múltiples y en la literatura revisada se ha encontrado que los más afines son la edad materna, infección urinaria, infección intrauterina, enfermedad hipertensiva del embarazo, rotura prematura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta, tabaquismo, embarazo múltiple y embarazo en la adolescente ²⁷.

2.2.2. Definición de Parto pretérmino

El parto prematuro es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por la Federación Internacional de Gineco-Obstetricia (FIGO) como el nacimiento que tiene lugar desde 22 semanas hasta antes de completarse las 37 semanas o antes de 259 días de gestación, debido a múltiples condiciones clínicas sucedidas en la primigestación o anteriores ^{26,27}.

Según el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG), este comprende un parto en o después de las 20 0/7 semanas y antes de las 37 0/7 semanas ⁵.

Según la definición del Consenso F.A.S.G.O el parto pretérmino es aquel nacimiento que ocurre entre las 22 y las 36,6 semanas de gestación ³⁰.

En el Perú, según la guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología del año 2018, define un parto pretérmino al sucedido en neonatos vivos antes de las 37 semanas de gestación antes de 259 días ³¹.

2.2.3. Patogénesis del parto pretérmino espontáneo.

El parto pretérmino puede ser espontáneo (seguido de labor antes de término, ruptura prematura de membranas, o insuficiencia cervical) o este puede ser sugerido médicamente por una complicación materna o fetal. ⁵

La evidencia clínica y de investigación sugiere que múltiples pasos patológicos pueden dar lugar a una vía en común que resulta en trabajo de parto pretérmino espontáneo. Los cuatro procesos de mayor evidencia son ³²:

- La activación antes de término del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal materno o fetal.
- Respuesta inflamatoria sobre medida e infección.
- Desprendimiento (hemorragia decidual) .
- Distensión uterina patológica.

2.2.4. Clasificación

Se subdivide en función de la edad del producto al nacer ^{28, 30, 31}:

- Extremadamente prematuros: menos de 28 semanas (5,2% de todos los <37 semanas; IC 95%: 5,1 -5,3)
- Muy prematuros: 28 a 31,6 semanas (10,4% de todos los <37 semanas; IC 95%: 10,3 -10,5).
- Moderadamente prematuros: 32 a 36 semanas (84,3% de todos los <37 semanas; IC 95%: 84,1- 84,5) En esta clasificación de moderadamente prematuros, se ha incluido a un subgrupo denominado, "prematuros tardíos" (34-36,6 semanas).

Según otras denominaciones modernas también se puede clasificar como ⁵:

- Prematuro temprano: Desde y en las 20 0/7 semanas hasta antes de 34 0/7 semanas
- Prematuro tardío: Entre las 34 0/7 semanas y 36 6/7 semanas de gestación.

2.2.5. Etiología

La prematuridad rara vez es unicausal, generalmente es de origen multifactorial; frecuentemente se espera que suceda de tres entidades médicas, y entre estas son responsables de aproximadamente 1/3 de los partos antes de las 37 semanas. Las cuales son ³⁴:

- Parto pretérmino de origen desconocido (idiopático), que parte del trabajo de parto de causa espontánea.
- La rotura prematura de membranas (RPM).
- Parto iatrogénico prematuro, se le considera al cese médico del embarazo debido a alteraciones patológicas sean maternas o fetales.

Las alteraciones materno-fetales causan el 15 y el 25% de los partos pretérmino. Las que presentan un mayor porcentaje son la hipertensión materna y la desnutrición intrauterina, seguidas por el polihidramnios ³⁵.

2.2.6. Factores de riesgo

Se define de esta manera a aquella característica propia o circunstancia que se halla en una persona o población asociado con la chance de aumentar el riesgo de padecer una patología o un evento adverso ³⁶.

Es importante conocer las características de riesgo (factores) que se asocian al parto pretérmino, con el fin de disminuir el riesgo de parto pretérmino. Estos factores de riesgo se suelen dividir en factores sociodemográficos, relacionados historia obstétrica y asociados patologías de la madre ³⁶.

2.2.6.1. Factores sociodemográficos

- Edad materna:
Según evidencia se espera que en extremos jóvenes de la vida o extremos adultos sean causales de patología prenatal, se considera los rangos de edad entre 20 años o mayores de 34 años, asociados al riesgo de parto pretérmino como factores. En nuestro país se toma como punto de corte edad < 15 años y > 34 años ³⁷.
- Nivel de instrucción:

Un nivel de instrucción bajo está asociado a parto prematuro asociado a que tiene chance de asociarse con la condición económica baja, esto implicaría no contar con los recursos primarios para el cuidado, además de dificultar la educación en riesgos del embarazo de la gestante ³⁸.

- **Procedencia:**

Se han evaluado tres posibles subgrupos en el presente trabajo de investigación: Nacional Urbano, nacional rural y extranjera. En un estudio, realizado por Villamonte W, Lam N, y Ojeda E. Denominado Factores de riesgo del parto pretérmino; encontraron que, al comparar los distritos de procedencia de las pacientes, se pudo observar que existió diferencia estadística entre aquellas provenientes de lugares considerados de clase social baja y alta ($P = 0,05$). Se halló un odds ratio de 2,52 ³⁸.

- **Ocupación:**

Según antecedentes existe relación entre el desempeño o el profesionalismo y otras variables secundarias a estas como estrés materno, o calidad de atenciones prenatales que afectarían al riesgo de parto pretérmino.

Entre ellas Leneuve-Dorilas, y col. Menciona en tanto a la ocupación que las pacientes que tenían por antecedente una profesión, era estadísticamente asociado a disminuir el riesgo para parto prematuro (OR 0.7 0.4–1.1), es decir fue visto como factor protector ⁸.

2.2.6.2. Antecedentes obstétricos

- **Número de controles prenatales:**

El control prenatal (CPN) adecuado se considera como medida protectora para prevenir el parto prematuro. En las últimas recomendaciones que nos han brindado los organismos internacionales, como lo son la OMS y National Institute for Health and Clinical Excellence, aseguran que un adecuado CPN significa que la paciente haya realizado al menos seis visitas prenatales. Esto partiendo de la evidencia de diversas investigaciones, en las cuales se niega las diferencias estadísticamente significativas en relación a la morbilidad materno-neonatal, cuando se han logrado completar más de seis visitas; según evidencia esto se cumple condicional a que el resto de los indicadores de calidad se realicen como

son: Primera visita antes de las 12 semanas, suplementos de ácido fólico antes de las 8 semanas y los análisis de sangre pertinentes ²⁸.

- Antecedente de sangrado en el I trimestre:

El sangrado durante 1/3 de la gestación es uno de los principales motivos de consulta en el servicio de emergencia, afectando al 15-25% de todos los embarazos; la mitad de éstos terminan en aborto y los otros parecen tener mayor riesgo de desarrollar complicaciones como abrupto placentario, placenta previa (PP), ruptura prematura de membranas (RPMO), parto pretérmino y bajo peso al nacer ³⁹.

- Antecedente de parto pretérmino:

Se considera que el antecedente de parto pretérmino en la historia materna está asociado al riesgo de un nacimiento prematuro posterior, esto significa que a menos edad gestacional hay mayor riesgo de nacimiento prematuro ³⁷.

2.2.6.3. Factores patológicos

- Infección del tracto urinario (ITU): Es la presencia de sintomatología y signología sugerentes de la probable colonización (multiplicación) de bacterias o patógenos en el tracto urinario ⁴⁰.
- Preeclampsia: Complicación médica de la gestación en mujer con niveles previos normales de presión arterial, asociados a la nueva aparición de presión arterial alta y hallazgos de proteínas en orina o disfunción orgánica final posterior a las 20 semanas. Cuyos criterios son:
 - La hipertensión sistólica ≥ 140 mmHg o hipertensión diastólica ≥ 90 mm Hg.
 - Proteinuria $\geq 0,3$ gramos en una muestra de orina de 24 horas.
 - Signos alteración orgánica o disfunción, como plaquetopenia ($< 100.000 / \text{mm}^3$ creatinina en sangre aumentada (mayor a 1,1 mg / dl) duplicada en valor máximo, duplicación de concentración normal de transaminasas en sangre ⁴¹.

- Ruptura prematura de membranas (RPM):
Denominado como el suceso que inicia con la rotura de membranas ovulares después de las 22 semanas y hasta una hora antes del inicio del trabajo de parto ⁴².
- Anemia:
Es una alteración en donde la cantidad de glóbulos rojos y su hemoglobina son insuficientes para mantener las necesidades del huésped.
La anemia en la gestante es un factor de riesgo con evidencia grande de asociarse a parto pretérmino, por ello se evidencia que una mujer embarazada con niveles disminuidos de glóbulos rojos o hemoglobina presenta hasta 16 veces más riesgo de tener un parto prematuro ³⁷.

2.2.7. Evaluación clínica

Según las guías del cuidado perinatal de la American Academy of Pediatrics y American College of Obstetricians and Gynecologists los criterios de diagnóstico para definir un trabajo de parto prematuro son ³⁴:

- Presencia de contracciones uterinas: Son espasmos dolorosos en ritmo de 4/20 minutos u 8/60 minutos, añadido de cambios a nivel del cérvix.
- Modificación del largo del cérvix: Los cambios a nivel del cérvix que nos indican el trabajo de parto antes de las 37 semanas son el borramiento cervical como mínimo de un 80% o una dilatación mayor o igual a 2cm.

2.2.8. Pruebas diagnósticas

- Ecografía transvaginal y medición de longitud cervical:
Mediante la evaluación seriada del cérvix a través de la ecografía transvaginal (EcoTv) entre las semanas 16 -20 de embarazo se puede estimar el parto prematuro antes de las 34 semanas en embarazos con riesgo elevado ³⁰.

Un importante valor predictivo para parto pretérmino es la medición de la longitud cervical a través de la ecografía transvaginal; ya que, la evidencia muestra que mayor acortamiento del cérvix, incrementa el riesgo de parto pretérmino espontáneo ^{29,33}.

Criterios ecográficos asociados al riesgo de parto pretérmino:

- Longitud de cérvix <25 mm antes de 28 semanas de embarazo.
 - Longitud cervical <20 mm en rangos de 28-31,6 semanas.
 - Longitud cervical <15 mm en ≥ 32 semanas
-
- Test de fibronectina: La fibronectina fetal (FNF) se halla en las secreciones cérvico-vaginales. Esta normalmente inicia su ascenso al comenzar la gestación hasta las 22 semanas, luego decrece entre la semana 22-34. Un nivel $\geq 50\text{ng/ml}$ desde la semana 22 de embarazo tiene asociación estadísticamente significativa con parto pretérmino ³⁰.

2.2.9. Tratamiento

Entre las medidas generales de tratamiento en una paciente que presente un trabajo de parto prematuro son: Hospitalización en el área correspondiente, reposo y restricción de esfuerzo, hidratación por vía endovenosa, sedación de ser necesaria, y evaluación materna y de bienestar fetal ³⁰.

- Progesterona

Es conocida por ser la hormona a cargo de mantener el embarazo. En la actualidad se conoce que el correcto uso para pacientes con historia previa de parto pretérmino o con cérvix uterino en ecografía <15mm, tratadas con esta hormona, puede reducir a la mitad el riesgo de presentar parto prematuro posteriormente. Esto se cumple si la paciente recibió el tratamiento en el rango de semanas de 18-36 de gestación ³⁰.

Es recomendada para pacientes como: Asintomáticos individuales sin historia previa de parto pretérmino sin embarazo múltiple y cérvix uterino corto. En tanto que se ha estudiado a base de 200mg diarios vía vaginal, desde la identificación de un cérvix <25mm entre las 18 0/7 – 25 6/7 semanas hasta las 36-37 semanas del embarazo ⁵.

- Terapia tocolítica:

Los tocolíticos son medicamentos cuya función deriva de la disminución de las contracciones/espasmos a nivel uterino ³⁰.

Es considerada la indicación base para aquellas gestantes que presentan una amenaza de parto pretérmino, se administra con el objetivo de posponer el nacimiento al menos 48 horas, este objetivo deriva de la consecutiva terapia: Iniciar maduración pulmonar con la administración de corticoides que tiene eficacia demostrada en disminución de morbi-mortalidad neonatal ⁴².

Los tocolíticos considerados primera opción (primera línea) son los agentes betamiméticos (ritodrina, terbutalina) y además el grupo farmacológico de antagonistas selectivos de la oxitocina (atosibán) ³⁴.

El fármaco que actualmente se utiliza para actuar frente al trabajo de parto pretérmino es el nifedipino, este tiene una eficacia demostrada en diversos metanálisis según la revisión, logrando prolongar la gestación sin ocasionar efectos que lo contraindiquen a nivel materno-fetale ^{28, 34}.

La primera dosis del nifedipino es de 20 mg por vía oral, la cual se repite a los 20 minutos de persistir las contracciones (hasta 3 administraciones). Si las contracciones uterinas disminuyen o ceden, entonces se indica el mismo fármaco en dosis de 10 mg cada 6 horas durante al menos una semana ³⁴.

- Cerclaje cervical

Procedimiento que consiste en la colocación de un punto (sutura) a nivel de cérvix para prevenir la progresión de un parto pretérmino y apoyar a su desarrollo, se hace solo en ciertos casos ²⁸.

Según estudios tiene una efectividad incierta en tanto al beneficio en pacientes con cérvix considerados cortos sin historia de parto pretérmino, sin embargo, esta evidencia resalta un potencial beneficio en pacientes con cérvix muy corto ⁵.

- Pesarios vaginales.

Comúnmente se utilizan para tratar prolapsos genitales, sin embargo, se tiene evidencia para la prevención de parto pretérmino. Mayormente estos encierran, comprimen, elevan, y posteriormente rotan el cérvix, son los más usados y estudiados; en tanto a la evidencia se resume que no es recomendado en pacientes con cérvix corto, embarazo único, y no historia de parto pretérmino ⁵.

2.3 Hipótesis de investigación

2.3.1 General

Existe relación entre los factores sociodemográficos y el riesgo de parto prematuro en gestantes del hospital Sergio Bernales en el periodo de 2020-2021.

2.3.2 Específico

H1: Existe asociación entre la edad materna y el riesgo de parto prematuro.

H2: Existe asociación entre el nivel de instrucción materno y el riesgo de parto prematuro.

H3: Existe asociación entre la afiliación al SIS y el riesgo de parto prematuro.

H4: Existe asociación entre el lugar de procedencia y el riesgo de parto prematuro.

H5: Existe asociación entre la ocupación materna y el al riesgo de parto prematuro.

H6: Existe asociación entre el estado civil y el riesgo de parto prematuro

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Diseño de estudio

Estudio observacional, analítico, retrospectivo, y de casos-control. Se buscó cuantificar la relación entre los factores sociodemográficos y el riesgo de parto prematuro.

- Estudio observacional, porque no se intervino en las variables, solo se hizo su medición.
- Analítico ya que buscó estudiar la relación de causalidad entre variable independiente y dependiente (parto prematuro).
- Retrospectivo, porque se estudió el efecto, es decir, variable dependiente después de haberse presentado.

- Estudio de casos-control, porque se tuvo un grupo de casos expuestos a la variable dependiente y un grupo control que no presentará dicha exposición.

3.2 Población

Gestantes con diagnóstico de parto pretérmino que fueron atendidas en el hospital Sergio Bernales en el periodo de 2019-2020

3.3 Muestra

3.3.1 Tamaño muestral

La muestra fue conformada por el número pacientes Gestantes con diagnóstico de parto pretérmino que fueron atendidas en el hospital Sergio Bernales en el periodo de 2019-2020. El tamaño muestral fue calculado por medio de la calculadora proporcionada por el INICIB.

Diseño Casos y Controles	
P_2 : FRECUENCIA DE EXPOSICIÓN ENTRE LOS CONTROLES	0.048
OR : ODSS RATIO PREVISTO	3.6
NIVEL DE CONFIANZA	0.95
PODER ESTADÍSTICO	0.8
k : NÚMERO DE CONTROLES POR CASO	2
NÚMERO DE CASOS EN LA MUESTRA	100
NÚMERO DE CONTROLES EN LA MUESTRA	200
n : TAMAÑO MUESTRA TOTAL	300

Fuente: Díaz P., Fernández P., "Cálculo del tamaño muestral en estudios casos y controles", Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. Cad Aten Primaria

Se utilizó una proporción estimada de gestantes con parto pretérmino, expuestas al factor estado civil soltera de 0.38, frecuencia de exposición de los controles 0.048% y Odds

Ratio previsto de un 3.6 según Mejía Gil E ⁴³, considerando un poder estadístico 0.80 y un nivel de confianza 0.95.

Se consideró 2 controles para cada caso, y se estima un total muestral de 300 gestantes, dividida en grupo control, sin la variable dependiente y un grupo de casos expuestos a esta.

3.3.2 Tipo de muestreo

Se usó un método de muestreo tipo probabilístico, aleatorio simple.

3.3.3 Criterios de selección de la muestra

3.3.3.1 Criterios de inclusión

Casos:

- Paciente gestante de >20 semanas y <37 semanas de edad gestacional atendidas por parto vía vaginal o cesárea con diagnóstico de parto pretérmino en el hospital Sergio Bernales en el periodo de 2019-2020, además que estas pacientes tengan una historia clínica clara y legible.

Controles:

- Paciente gestante de >37 semanas y <42 semanas de edad gestacional que fueron atendidas por parto vaginal o cesárea sin diagnóstico de parto pretérmino en el hospital Sergio Bernales en el periodo de 2019-2020, además que estas pacientes tengan una historia clínica clara y legible.

3.3.3.2 Criterios de exclusión para casos y controles

- Gestante que no cumplan los criterios de diagnóstico de parto prematuro ni embarazo normal, y/o presenten preeclampsia, diabetes gestacional, parto gemelar o múltiple.
- Pacientes con historia clínica incompleta, deteriorada y donde no se pueda determinar las variables de estudio.
- Gestantes atendidas en otros establecimientos de salud referidas por complicaciones del parto.

3.4 Variables del estudio

- Parto prematuro
- Edad
- Nivel de instrucción
- Afiliación al SIS.
- Lugar de procedencia
- Ocupación
- Estado civil

3.4.1 Definiciones conceptuales:

- Parto Prematuro: Parto en o después de la semana 20 0/7 semanas y antes de la semana 37 0/7 semanas de embarazo.
- Edad: Años de vida cumplidos.
- Nivel de instrucción: El grado más elevado de estudios realizados o en curso.
- Afiliada al SIS: Acceso al conjunto organizado, de instituciones, dependencias, y sectores a cargo del sistema de salud peruano, referentes al Sistema Integral de Salud.
- Lugar de procedencia: Lugar de donde deriva o nace una persona, incluye nacionalidad.
- Ocupación: Actividad o trabajo que realiza una persona.
- Estado civil : La unión de personas con fines de procreación y vida en común y que asume permanencia en el tiempo

3.5 Técnicas e instrumento de recolección de datos

Se realizó una recolección de datos de las variables en estudio, por medio de una ficha de recolección de datos diseñada para este estudio (Anexo 10), que además partió de una revisión de las historias clínicas correspondientes al servicio de Ginecología-Obstetricia del hospital Sergio Bernales, considerando los criterios de inclusión y exclusión para determinar cuales se iban a utilizar para el análisis.

3.6 Procesamiento de datos y plan de análisis

Los datos recolectados por los métodos antes mencionados, se colocaron en una tabla de datos en el programa Office: Excel 2016, luego de ellos se importó la data al programa IBM Statistics SPSS 26, se hizo el procesamiento descriptivo tanto de grupo caso y control, posteriormente continuó la evaluación analítica inferencial de las variables usando el análisis de correlación binaria, o de causa y efecto; por medio de un modelo de regresión logística bivariada y multivariada, buscando establecer la relación entre las variables independientes y nuestra variable dependiente (parto prematuro), se obtuvo los OR respectivos usando un intervalo de confianza de 95% y valorando $p < 0,05$ como significativamente relevante como factor de riesgo.

3.7 Aspectos éticos de la investigación

Se respetó los aspectos éticos de las pacientes, mediante la autorización por escrito para realizar el estudio mediante la revisión de historias clínicas, al igual que para el manejo de la información, por medio una recolección de datos anónima autorizada por el comité de Ética de Investigación del Hospital nacional Sergio E. Bernales (ANEXO 4) para su previa aprobación; igualmente en este estudio se descartó cualquier conflicto de interés de las partes.

3.8 Limitaciones de la investigación

Esta investigación se limita solo a los casos de gestantes, que fueran reportados y/o identificados por el investigador, es decir que se tenga registro fiel y veraz de su

diagnóstico, otra limitación fue el que no se tenga la data completa en algunos registros de historia clínica, finalmente la dificultad al acceso de los registros estadísticos y/o en del libro de partos.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

La población de estudio constituyó de una muestra 300 pacientes gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales en el periodo de enero 2019 a enero 2020. Para determinar sociodemográficos asociados a parto pretérmino se contó con 100 casos de gestantes con diagnóstico de parto prematuro y 200 controles de pacientes gestantes sin el diagnóstico de parto prematuro.

Tabla 1. Características generales de las gestantes de ambos grupos de estudio atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales de enero 2019-2020.

Variables	PARTO PRETÉRMINO					
	SI (=100)		NO (=200)		Total (=300)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PROCEDENCIA						
Urbano	45	45	143	71.5	188	62.7
Rural-Extranjera	55	55	57	28.5	112	37.3
EDAD						
20-36 años	47	47	133	66.5	180	60
Edades extremas	53	53	67	33.5	120	40
AFILIACIÓN AL SIS						
Afiliado	85	85	186	93	271	90
No afiliado	15	15	14	7	29	10
ESTADO CIVIL						
Soltera	33	33	62	31	98	32
Conviviente	58	58	103	51.5	161	54
Casada	9	9	35	17.5	44	14
OCUPACIÓN						
Ama de casa	65	65	117	59	182	61
Estudiante	18	18	23	12	41	13
Comerciante	11	11	31	15	42	14
Profesional	6	6	29	14	35	12
GRADO DE INSTRUCCIÓN						
Primaria	6	6	12	6	18	6

Sec. Completa	67	67	145	73	212	71
Sec. Incompleta	13	13	11	5	24	8
Superior-Técnica	14	14	32	16	46	15

En la tabla N°1, Se observó que las gestantes en el total de la muestra tuvieron un 37.3% (112) de procedencia de entorno rural o extranjero, mientras que la gran mayoría 62.7% (188) tenían una procedencia urbana; a comparación que, en los casos, la mayoría 55% (55) tuvo procedencia rural extranjera y 45% (45) urbana.

Por otro lado, se observó una distribución por edad predominante de gestantes en los casos de edades extremas (≤ 19 y ≥ 36 años) 53% (53) mientras que 47% (47) en edades intermedias (20-36 años).

En tanto la afiliación al SIS, la gran mayoría fue afiliado tanto en los controles 93% (186), como los casos 85% (85) mientras que no afiliados en los casos 15% (15) y controles 7% (14).

Además, se describieron variables como estado civil donde conviviente 54% (161), ocupación ama de casa 61% (182) y grado de instrucción con secundaria completa 71% (212) predominaron en la muestra.

Tabla 2. Procedencia de las gestantes de ambos grupos de estudio atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales de enero 2019-2020.

FACTORES DE RIESGO	GRUPO DE ESTUDIO							
	CASOS =100		CONTROLES=200		IC 95%			
SOCIODEMOGRÁFICOS	N°	%	N°	%	P	OR	Inferior	Superior
PROCEDENCIA								
Rural- Extranjera	55	55	57	28.5	0.01	3.07	1.87	5.06
Urbano	45	45	143	71.5				

En la tabla N°2, Se observó que en 55% (55) de las gestantes con parto prematuro precedieron de zona rural o extranjera a diferencia que las gestantes control 57% (57). Se tomó como referencia las gestantes con procedencia urbana 45% (45) casos y 71,5% (143) controles. Se realizó el análisis inferencial hallando un valor de $p=0,01$ indicando una asociación significativa entre procedencia rural o extranjera y parto prematuro. Se halló un riesgo mayor en 3.07 veces con un IC 95% = [1.87-5.06] siendo considerado factor de riesgo para parto pretérmino.

Tabla 3. Edades agrupadas de las gestantes de ambos grupos de estudio atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales de enero 2019-2020.

FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS	GRUPO DE ESTUDIO								
	CASOS =100				CONTROLES =200				IC 95%
EDAD	Nº	%	Nº	%	P	OR	Inferior	Superior	
Edades extremas	53	53	67	33.5	0.01	2.2	1.38	3.67	
20-36 años	47	47	133	66.5					

En la tabla N°3, se obtuvo las gestantes con edades extremas 53% (53) en casos y 33,5% (67) controles, se tomó como categoría referencial las edades intermedias que fueron 47% (47) y 66.5% (133) en controles. Los cálculos estadísticos hallaron un riesgo elevado en 2.2 veces usando un IC 95% = [1.38-3.67], p=0.01, de tal manera se reportó que la madre con edades extremas se asocia significativamente al riesgo de parto pretérmino.

Tabla 4. Afiliación al SIS de las gestantes de ambos grupos de estudio atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales de enero 2019-2020.

FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS	GRUPO DE ESTUDIO								
	CASOS=100				CONTROLES=200				IC 95%
AFILIACIÓN AL SIS	Nº	%	Nº	%	P	OR	Inferior	Superior	
No afiliado	15	15	14	7	0.03	2.35	1.08	5.08	
Afiliado	85	85	186	93					

SIS= Seguro Integral de Salud.

En la tabla N°4, Se tomó como referencia gestantes afiliadas 85% (85) en casos y 93% (186) en contraste con la falta de afiliación al SIS 15% (15) en casos y 7% (14) controles. Se encontró que no estar afiliado al SIS reporta tener 2.35 veces más riesgo de parto pretérmino, p=0.03 e IC 95% = [1.08-5.08], siendo esta asociación estadísticamente significativa.

Tabla 5. Estado civil de las gestantes de ambos grupos de estudio atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales de enero 2019-2020.

FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS	GRUPO DE ESTUDIO							
	CASOS =100		CONTROLES =200		IC 95%			
ESTADO CIVIL	Nº	%	Nº	%	P	OR	Inferior	Superior

Soltera	33	33	62	31	0.09	2.07	0.89	4.82
Conviviente	58	58	103	51.5	0.06	2.19	0.98	4.87
Casada	9	9	35	17.5			Ref.	

En la tabla N°5, Se usó como referente estadístico el estado civil casada 9% (9) en casos y 17.5 % (35), además se observó que el estado civil conviviente tiene el mayor porcentaje en ambos grupos de estudio. El análisis estadístico encontró que el estado civil soltera ($p=0.09$); OR: 2.07 = [0.89-4.82], y el estado civil conviviente ($p=0.06$); OR: 2.19 = [0.98-4.87], no estaban asociados significativamente al riesgo de parto pretérmino en el estudio.

Tabla 6. Estado Civil de las gestantes de ambos grupos de estudio atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales de enero 2019-2020.

FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS	GRUPO DE ESTUDIO							
	CASOS =100		CONTROLES =200		P	OR	IC 95%	
OCUPACIÓN	N°	%	N°	%			Inferior	Superior
Ama de casa	65	65	117	59	0.37	2.69	1.06	6.81
Estudiante	18	18	23	12	0.15	3.78	1.29	11.07
Comerciante	11	11	31	15	0.35	1.72	0.56	5.24
Profesional	6	6	29	14			Ref.	

En la tabla N°6, Se observó que el mayor porcentaje de gestantes son amas de casa un 65% (65) de los casos y un 59% (117) de los controles; se usó como referencia la ocupación como profesionales 6% (6) en el grupo caso y 14% (29) del grupo control. El análisis estadístico no encontró asociación significativa como factor de riesgo en las categorías ama de casa ($p=0.37$); OR: 2,69 = [1.06-6.81], estudiante ($p=0.15$); OR: 3.78= [1.29-11.07], y comerciante ($p=0.35$); OR: 1.72 = [0.56-5.24].

Tabla 7. Grado de Instrucción de las gestantes de ambos grupos de estudio atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales de enero 2019-2020.

FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS	GRUPO DE ESTUDIO							
	CASOS =100		CONTROLES =200		P	OR	IC 95%	
GRADO DE INSTRUCCIÓN	N°	%	N°	%			Inferior	Superior
Primaria	6	6	12	6	0.82	1.14	0.36	3.67
Sec. Completa	67	67	145	73	0.88	1.06	0.53	2.11
Sec. Incompleta	13	13	11	5	0.57	2.70	0.98	7.49

En la tabla N°7, El grado de instrucción secundaria completa compuso el mayor grupo 67% (67) casos y 73% (145) controles, de entre estos se reportó como referencia nivel superior o técnico 14% (14) en casos y 16% (32) para el análisis inferencial. No se halló significancia en las categorías primaria ($p=0.82$); OR: 1,14 = [0.36-3.67], secundaria completa ($p=0.88$); OR: 1.06= [0.53-2.11], y secundaria incompleta ($p=0.57$); OR: 2.70 = [0.98-7.49].

Tabla 8. Análisis Multivariado de las variables con significancia asociadas a parto pretérmino de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales de enero 2019-2020.

FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS	GRUPO DE ESTUDIO							
	CASOS =100		CONTROLES =200		P	OR	IC 95%	
	N°	%	N°	%			Inferior	Superior
PROCEDENCIA								
Rural- Extranjera	55	55	57	28.5	0.01	3.51	2.03	6.06
Urbano	45	45	143	71.5				
EDAD								
Edades extremas	53	53	67	33.5	0.01	2.72	1.53	4.85
20-36 años	47	47	133	66.5				
AFILIACIÓN AL SIS								
No afiliado	15	15	14	7	0.03	2.59	1.07	6.21
Afiliado	85	85	186	93				

SIS= Seguro Integral de Salud.

En la tabla N°8, Se efectuó el análisis multivariado entre las variables asociadas estadísticamente a parto pretérmino hallándose procedencia rural o extranjera ($p=0,01$); OR: 3.51 con un IC 95% = [2.03-6.06], edades extremas ($p=0.01$); OR: 2.72 con un IC 95% = [1.53-4.85], y no afiliado ($p=0.03$); OR: 2.59 con un IC 95% = [1.07-6.21] como factores sociodemográficos asociados al riesgo de parto prematuro en gestantes.

4.2 DISCUSIÓN

El parto pretérmino es uno de los retos obstétricos más complejos, estos neonatos ocupan aproximadamente las 3/4 partes de la mortalidad perinatal y más de la mitad de la

morbilidad neonatal, con un costo significativo en el ámbito social como económico.⁵ Por ello el presente estudio tuvo como finalidad de identificar factores sociodemográficos que contribuyan a la disminución de casos en el ámbito de un hospital peruano.

Entre los factores de riesgo sociodemográficos asociados a parto pretérmino, referente a la edad materna (señalando edades extremas ≤ 19 y ≥ 36 años), está se considera significativa ($p=0.01$); (OR: 2.72 IC 95% 1.53-4.85), en relación a la edad materna de 20-36 años (grupo de referencia).

Estos resultados fueron apoyados por diversos estudios, entre ellos Guadalupe et al.¹⁸ evaluó, un estudio caso y control con similar muestra, concluyó que las edades extremas (refiriéndose 14-19 y 35-50 años) se asociaron significativamente al riesgo de parto prematuro (OR: 4.22 IC 95%: 2.78-6.41). También Muhihi et al.¹⁴ reportó asociación de riesgo en gestantes con edad materna > 30 años (3.33 IC 95% 1.33–8.35), y con edad <25 años (1.16 IC 95% 1.06-1.27) asociados además al tamaño para la edad gestacional. En contraste a estos resultados a estos resultados Garcia V. D.²¹ reportó entre sus factores sociodemográficos que edades ≤ 19 años o >34 años presentan asociación OR 1.43 IC 95%, en tanto esta no era significativa $p=0.291$. Similar Vergara M. A.²³, concluyó que la edad materna de riesgo (refiriéndose a $<18 - \geq 35$), no estuvo asociada a prematuridad ($p=0.076$).

En tanto a estudios como Hidalgo-Lopezosa et al.⁶, Aliaga¹⁷ y Lozada¹⁹ encontraron significancia en ≤ 19 años (OR 1.33 95%IC 1.18–1.49), ≤ 20 años (OR=3.18 IC95%= 1.41 – 7.18) y gestantes con edad materna adolescente (ORa :8.843 $p=0.002$) respectivamente. Por otro lado Leonard et al.⁸, y Stylianiou-Riga et al.¹⁶ reportaron asociación estadística con parto prematuro en gestantes con edad materna ≥ 35 años (OR: 2.00 IC 95% 1.04 -3.84), y en la mayor edad materna (OR: 1.12 IC 95%: 1.06-1.18). El aumento del riesgo puede deberse al envejecimiento o inmadurez natural de los tejidos reproductivos¹⁶, como además a la probabilidad de coexistencia de comorbilidades.

En tanto al nivel de instrucción, en el presente estudio encontró que la mayor frecuencia de gestantes se encontró en nivel secundaria completa 67%, lo cual se asemeja a lo mostrado en estudios como Hidalgo-Lopezosa et al.⁶ y Prunet et al.⁹ En el presente estudio se observó que el nivel de instrucción primaria ($p=0.82$); OR: 1.14 = [0.36-3.67], secundaria completa ($p=0.88$); OR: 1.06=[0.53-2.11], y secundaria incompleta ($p=0.57$); OR: 2.70 =[0.98-7.49] no se asociaron significativamente a parto prematuro lo cual es

concordante con Guadalupe et al.¹⁸ quienes reportan en su muestra una frecuencia de gestantes de nivel primaria 11.5%, secundaria 73.5% y superior 14.5% en el grupo de partos prematuros y similar en los controles, concluyeron que un nivel de educación agrupada como ninguna, primaria y secundaria (2.01 IC 95%: 0.18-22.35) no se asociaron significativamente. Además, contrario a nuestros resultados, en estudios como Alarcón²⁴, que realizaron una investigación en 54 gestantes en el Hospital San Bartolomé, consideran factor de riesgo a la gestante sin instrucción (OR:7.89 IC 95% 0.94-66.54). Así como Concha et al.²⁵ reportaron que un grado de instrucción bajo en la gestante sería un factor de riesgo asociado (OR: 1.48; IC95% 2.24 - 9.05). Finalmente, concordante con Poulsen¹¹ en su estudio reportaron que educación materna visto como varias categorías fueron factores de riesgo de nivel 2.0 (95% IC95% 1.4 - 2.5), 3.2 (IC 95% 0.8 – 5.2) y 2.0 (IC 95% 0.9- 3.0) para partos prematuros al comparar la educación primaria, secundaria inferior y con un título académico o equivalente respectivamente. Se propuso esta variable en el presente estudio por la falta identificación de signos de alarma durante la gestación o dificultad que pueda presentar el personal de salud al dar indicaciones según el nivel de instrucción del paciente.

Otro factor de riesgo que se evaluó fue la afiliación al SIS, en el presente estudio se reportó asociación ($p < 0.03$) en la gestante que durante su estancia tuvo un ingreso y atención como no afiliada al SIS. Se reforzó esta evidencia con Leneuve-Dorilas et al.⁷, quienes reportaron, en un estudio de muestra similar (señalando 94 casos y 282 controles), que la falta de una cobertura de salud se asociaba al riesgo de parto prematuro temprano y extremo (OR 3.3 IC95% 1.4 -7.9) de forma significativa ($p < 0.01$). De similar manera^{El} Ayadi et al.¹⁵, estimaron el riesgo relativo en un estudio cohorte en USA, de una data de California ordenada según tipo de seguro, consecuentemente podemos ver que las pacientes con cuidado prenatales con seguro médico y privado OR 1.12 (1.02–1.21) y 1.05 (0.93–1.19) respectivamente, difirieron en el riesgo a las que no tiene seguro (OR 1.58 1.14–2.21) lo cual indicó un riesgo mayor en las gestantes del grupo no aseguradas. Y contrario a estos resultados Taylor et al.²² observaron que del total de pacientes no aseguradas (=182) un 6% corresponde al grupo de pacientes con parto prematuro, además de diferencias entre grupo con seguro Medicaid (OR 1.06 IC95% 0.84–1.33) y no asegurado (OR 1.04 0.69–1.58) pero estas asociaciones no fueron estadísticamente significativas, sin embargo, reportan que la frecuencia de efectos adversos como parto prematuro, entre otros, fue mayor en estos grupos. Esta asociación se podría explicar por

el claro beneficio del sistema de salud en tanto a prevención y educación sobre múltiples factores prenatales en las gestantes que contribuyen a parto prematuro.

Según lugar de procedencia, vemos que según Hidalgo-Lopezosa et al. ⁶, en su estudio con una tasa nacimientos prematuros del 6,7% reportaron que la procedencia de la madre como inmigrante de origen latinoamericano (OR 1.33 95% IC 1.22–1.45) se consideró factor de riesgo. Entre otros estudios Techane et al. ¹⁰ reportaron significancia estadística en residentes en zona rural (AOR = 2.51 IC 95% 1.13- 5.513). Lo cual correspondió con los resultados en el presente estudio donde 37.3% de las gestantes de la muestra tuvieron como procedencia rural o extranjera asociándose significativamente a parto prematuro (p=0.01); (OR: 3.51 IC 95% = 2.03-6.06). Estos diversos reportes se contrastaron según Lozada ¹⁹. que reporta una frecuencia de 22,57% partos prematuros donde 54% tenían procedencia urbano-marginal (ORA: 0.351, p=0.019) considerándose como factor protector en el riesgo de parto pretérmino para su estudio. Se puede explicar la asociación debido a la lenta descentralización del sistema de salud nacional y/o a co-variables sociodemográficas que varían según procedencia alterando la calidad de la salud.

Según ocupación de la gestante, Margerison et al. ¹² observaron que el aumento de desempleo en un punto (%) en el primer tercio del embarazo se asoció con un aumento pequeño 3% en las probabilidades de parto pretérmino (PTB) (95% IC 1.01-1.05). Apoyado además según Stylianos-Riga et al. En un análisis multivariado concluyeron que largas horas de trabajo (>8 horas) (OR: 3.77, 95% IC: 2.08-6.84) se asoció significativamente mientras que el desempleo no (p=0.44. En tanto a nuestro estudio reportamos que tanto ser ama de casa (p=0.37), estudiante (p=0.15) o comerciante (p=0.35) no tuvo asociación estadísticamente significativa a parto prematuro.

Por último, referente a la variable estado civil, se reportó no asociación significativa tanto a las categorías soltera (p=0.09) y el estado civil conviviente (p=0.06) tomando como referencia estado civil casada. Contrario a estos resultados observamos en estudios como Chira et al. ²⁰ que demostró el no tener pareja (1.63 IC 95% 0.42-6.25). se asoció al riesgo de parto pretérmino. De igual manera Techane et al. ¹⁰ donde la paciente sin pareja/compañero se asoció a parto pretérmino (AOR 1.47 IC 95% 1.23 – 4.42).

Consecuente a esto según Barr et al. ¹³ observó en su estudio que las gestantes casadas tuvieron un menor riesgo de parto pretérmino (AOR 0.88 IC 95% 0.81-0.95).

La presente investigación tuvo una serie de limitaciones. Primero al momento de recoger la data, la presencia de historias que no contaron con los datos necesarios y prudentes para la recolección mediante ficha de datos. Además, el tipo retrospectivo del estudio, sin embargo, se siguió los pasos de autorización y de selección para mantener la veracidad de la información. Consideramos que el estudio de factores sociodemográficos asociados al parto pretérmino contribuye a la asociación de factores poco considerados con los años y que están al contrario en constante cambio.

En conclusión, reportamos como factores asociados a riesgo de parto pretérmino la procedencia rural-extranjera, edades extremas, y no afiliado al SIS; de esta manera se contribuye a la planeación de estrategias en la prevención oportuna de riesgos maternos, tanto en primer, segundo o tercer nivel de atención.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

- La edad es un factor de riesgo asociado al riesgo de parto pretérmino en gestantes del presente estudio de manera significativa.
- El nivel de instrucción no está asociado al riesgo de parto pretérmino en gestantes del presente estudio, debido a que no presentó significancia estadística.
- La afiliación al SIS, podemos concluir que es un factor sociodemográfico asociado al riesgo de parto pretérmino siendo de relevancia estadística para el mismo.
- Podemos concluir que el lugar de procedencia de la gestante del estudio es un factor sociodemográfico asociado al riesgo de parto pretérmino de mayor asociación entre las demás variables.
- La ocupación de la gestante no se asoció de forma estadísticamente significativa al riesgo de parto prematuro en gestantes del presente estudio.
- El estado civil de la gestante no es un factor de riesgo sociodemográfico asociado significativamente al riesgo de parto pretérmino.

4.2 RECOMENDACIONES

- Tomar las medidas adecuadas en relación a los factores de riesgo sociodemográficos con significancia estadística hallados en el presente estudio para prevenirlos o advertir al momento de la evaluación clínica.
- Identificar a las gestantes con edades en rangos extremos según planteado en la investigación, con el fin de aumentar la sospecha clínica y con ello una precoz detección.
- Optimizar el correcto uso y afiliación del sistema de salud (SIS), para prevenir las complicaciones gestacionales y/o comorbilidades asociadas a las pacientes que no tienen un correcto seguimiento y control de su salud.
- Advertir el lugar de procedencia como un factor asociado al parto pretérmino, para evitar caer en generalidades e individualizar los pacientes según las limitaciones o beneficios de su procedencia.
- Desarrollar un modelo con mayor cantidad de muestra o diferente estructura metodológica según nuestras limitaciones, para advertir los posibles factores sociodemográficos como nivel de instrucción, ocupación y estado civil.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS | Nacimientos prematuros [Internet]. WHO. [citado 04 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
2. Vogel, J. P., Chawanpaiboon, S., Moller, A.-B., Watananirun, K., Bonet, M., & Lumbiganon, P. The global epidemiology of preterm birth. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* ; 2018. doi:10.1016/j.bpobgyn.2018.04.003
3. Beatriz Escobar-Padilla, Limberg Darinel Gordillo-Lara, Horacio Martínez Puonc . Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*;55(4):424-8; 2017. Disponible en: <https://www.mediagraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73975>
4. Toñanes M, Auchter M, Gómez F; Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes atendidas en la maternidad del Hospital Ángela Iglesia de Llano de Corrientes, entre 2009 y 2011; *Rev. Fac. Med. UNNE XXXIV*: 2014; 3(2): 11-17. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-773161>
5. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins Obstetrics. Prediction and Prevention of Spontaneous Preterm Birth: ACOG Practice Bulletin, Number 234. *Obstetr Gynecol.* 2021 Agosto. doi: 10.1097/AOG.0000000000004479
6. Hidalgo-Lopezosa P, Jiménez-Ruz A, Carmona-Torres JM, Hidalgo-Maestre M, Rodríguez-Borrego MA, López-Soto PJ. Sociodemographic factors associated with preterm birth and low birth weight: A cross-sectional study. *Women Birth.* 2019;32(6):e538-e543. doi:10.1016/j.wombi.2019.03.014
7. Leneuve-Dorilas, M., Favre, A., Louis, A., Bernard, S., Carles, G., & Nacher, M. Risk Factors for Very Preterm Births in French Guiana: The Burden of Induced Preterm Birth. 2019; *AJP reports*, 9(1), e44–e53. DOI: 10.1055/s-0039-1678716
8. Leonard, S. A., Crespi, C. M., Gee, D. C., Zhu, Y., & Whaley, S. E. Prepregnancy Risk Factors for Preterm Birth and the Role of Maternal Nativity in a Low-Income, Hispanic Population. *Maternal and Child Health Journal*; 2015, 19(10), 2295–2302doi:10.1007/s10995-015-1748-4
9. Prunet, C., Delnord, M., Saurel-Cubizolles, M.-J., Goffinet, F., & Blondel, B. . Risk factors of preterm birth in France in 2010 and changes since 1995: Results from the French National Perinatal Surveys. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*; 2017, 46(1), 19–28. doi:10.1016/j.jgyn.2016.02.010
10. Techane S, T., Addisu D, W., Gezahegn B, A., et al. Magnitude of spontaneous preterm birth and its associated factors among preterm birth in NICU wards in Asella Teaching

- and Referral Hospital, Asella, Oromia, Ethiopia. *Journal of International Medical Research* Volume 49, Issue 8, August 2021. DOI: 10.1177/03000605211034693
11. Poulsen G, Andersen AN, Jaddoe VWV, et al. Does smoking during pregnancy mediate educational disparities in preterm delivery? Findings from three large birth cohorts. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2019;33(2):164- 171. doi:10.1111/ppe.12544
 12. Margerison CE, Luo Z, Li Y. Condiciones económicas durante el embarazo y el parto prematuro: un análisis materno de efectos fijos. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2019; 33 (2): 154- 161. doi: 10.1111 / ppe.12534
 13. Barr JJ, Marugg L. Impact of Marriage on Birth Outcomes: Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, 2012-2014. *Linacre Q.* Mayo 2019 ;86(2-3):225-230. DOI: 10.1177/0024363919843019..
 14. Muhihi, A., Sudfeld, C.R., Smith, E.R. et al. Risk factors for small-for-gestational-age and preterm births among 19,269 Tanzanian newborns. *BMC Pregnancy Childbirth* 16, 110 ; 2016. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0900-5>
 15. El Ayadi A, Baer R, Gay C, et al. Lyndon A. Risk Factors for Dual Burden of Severe Maternal Morbidity and Preterm Birth by Insurance Type in California. *Matern Child Health J.* 2022 Mar; 26(3):601-613. doi: 10.1007/s10995-021-03313-1. Epub 2022 Jan 18.
 16. Stylianou-Riga, P., Kouis, P., Kinni, P. y col. Maternal socioeconomic factors and the risk of premature birth and low birth weight in Cyprus: a case–control study. *Reprod Health* 15, 157; 2018. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0603-7>
 17. Aliaga Rafael, Greta Cecilia. Factores clínicos asociados a parto pretermino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Centro Medico Naval “Cirujano Mayor Santiago Tavera”. [Artículo Original]. *Rev. Fac. Med. Hum.* 2018, Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14138/1299>
 18. Shessira Miluzka Guadalupe-Huamán, Susana Oshiro-Canashiro. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital Maria Auxiliadora durante el año 2015. [Artículo Original]. *Rev. Fac. Med. Hum.* 2017;17(1):32-42. DOI 10.25176/RFMH.v17.n1.746
 19. Lozada A. H., “Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes del hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita – 2017” [Tesis pregrado]. Perú. Repositorio de tesis. Universidad Nacional de Piura- 2018, Disponible en: <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1187>
 20. Chira JL, Sosa JL. Factores de riesgo para parto pretermino en gestantes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. *Rev. Salud & Vida Sipanense* Vol. 2/Nº2. ISSN 2313-0369 /2015. Disponible en: <https://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/201>

21. García V. H. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital de Ventanilla en el periodo Junio 2016 – Junio 2017. . [Tesis pregrado]. Perú. Repositorio de tesis. Universidad Ricardo Palma –URP. 2018. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14138/1271>
22. Taylor Yheneko J. et al. Insurance Differences in Preventive Care Use and Adverse Birth Outcomes Among Pregnant Women in a Medicaid Nonexpansion State: A Retrospective Cohort Study. *J Womens Health (Larchmt)*. 2020 Jan;29(1):29-37. 2019 Agosto 9. DOI: 10.1089/jwh.2019.7658
23. Vergara M. A. Factores asociados a prematuridad en recién nacidos de cesárea por preeclampsia, Hospital Sergio E. Bernales, 2017-2019. [Tesis pregrado]. Perú. Repositorio de tesis. Universidad Ricardo Palma –URP . 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14138/2981>
24. Alarcón C. J. C. Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes, Hospital Nacional Docente Madre - Niño “San Bartolomé” – 2016. [Tesis pregrado]. Perú. Repositorio de tesis. Universidad Nacional Mayor de San Marcos –UNMSM. 2017. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/6436>
25. Concha. C. H., Palomino R. S . Los factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino por vía vaginal en el hospital regional Guillermo Diaz de la Vega Abancay 2016. . [Tesis pregrado]. Perú. Universidad Andina del Cusco – UAC- 2018. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12557/1435>
26. Rodríguez, R., Rodríguez, E. Epidemiología y factores de riesgo para parto pretérmino en el servicio de Maternidad del Hospital Militar Central [Internet]. Universidad Militar Nueva Granada; 2010 [Citado: 2020, 10 de Agosto]. Disponible en: <http://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/10282/2/Rodriguez%20Ruben%202010.pdf>
27. Oliveros, M., Chirinos, J. Prematuridad: epidemiología morbilidad y mortalidad perinatal. *Rev Per Ginecol Obstet*. [Publicación periódica en línea] 2008. Enero-Marzo. [Citado: 2020, 10 Agosto]; 54: 7-10. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n1/pdf/a03v54n1.pdf.
28. Mendoza L., Claros D., Mendoza L., Arias M., Peñaranda C. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. *Rev. chil. obstet. ginecol*. [Internet]. 2016 Ago [citado: 2020 Ago 10]; 81(4): 330-342. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262016000400012&lng=es.
29. Reyes I, Ruíz R. Factores de riesgo de parto pretérmino. Estudio caso control Hospital Nacional Sergio E. Bernales mayo – Septiembre 2003. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en obstetricia]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San

- Marcos; 2004. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/362/1/Reyes_mi.pdf.
30. Consenso F.A.S.G.O. [Publicación periódica en línea] 2014. Mayo [Citada: 2020 agosto 10]; 13(1). Disponible en: http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Parto_Pretermino.pdf.
31. Ministerio de Salud del Perú. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología / Clinical practice guidelines and procedures in obstetrics and perinatology; Perú. Instituto Nacional Materno Perinatal; 2 ed; Set. 2018. Ilus.
32. Lockwood C. Pathogenesis of spontaneous preterm birth. In: Uptodate, Barss MM (Ed), Up To Date, Waltham, MA, 2016. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/spontaneous-preterm-birth-pathogenesis>
33. Palencia A. Parto prematuro. [Publicación periódica en línea]. [Citada: 2020 agosto 10]. CCAP. 9(4): 10 pp. Disponible en: https://scp.com.co/precopold/precop_files/modulo_9_vin_4/Precop_9-4-B.pdf
34. Donoso B., Oyarzún E. Parto prematuro. [Publicación periódica en línea]. 2012. Sep. [Citado: 2020 agosto 10]; Medwave; 12 (8). Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/5477>.
35. Rellan S., García C. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología [en línea]. España: Asociación Española de Pediatría; 2008. [Citado: 2020 agosto 10]. Capítulo 8. El recién nacido prematuro. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf.
36. Echemendía B. Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. Rev Cubana Hig Epidemiol [Publicación periódica en línea]. 2011 Dic [citado 2020, 10 de Agosto] 49(3): 470-481. Disponible en: <http://ref.scielo.org/24w97h>
37. Rizo F. Edad y origen de la madre como factores de riesgo de prematuridad. [Tesis para optar el grado de doctor]. España: Universidad Miguel Hernández. 2012. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/32757/1/tesis_franciscojaviereizo.pdf
38. Villamonte W, Lam N, Ojeda E. Factores de riesgo del parto pretérmino. Instituto Materno Perinatal. [Publicación periódica en línea]. 2001 Abril. [Citado: 2020, 10 de Agosto]. Ginecol Obstet 2001; 47(2): 112-111. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_47n2/fact_riesg_parto.htm.
39. Alvarez Meza C. Hemorragias del primer trimestre. XIX Curso de Actualización en Ginecología y Obstetricia 2013. Disponible en: https://revistas.udea.edu.co/index.php/ginecologia_y_obstetricia/article/view/17528.
40. Uría R. Complicaciones clínico ginecológicas más frecuentes en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría II – 2 Tumbes, enero

- a noviembre 2014. [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Piura: Universidad Nacional de Piura. 2015. Disponible en: <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/779>
41. American College of Obstetricians and Gynecologists, Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2013; 122(5): 1122. DOI: 10.1097/01.AOG.0000437382.03963.88
 42. Duff P. Prelabor rupture of membranes at term: Management. In: *Uptodate*, Barss V (Ed), Up To Date, Waltham, MA, 2016. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/prelabor-rupture-of-membranes-at-term-management>
 43. Mejía Gil E. Factores de riesgo maternos en la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el hospital II-1 Rioja, Perú: Universidad de San Martín de Porres; 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12727/6661> .

ANEXOS

1. ACTA DE APROBACIÓN PARA PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero
Unidad de Grados y Títulos

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis
**“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN EL RIESGO DE PARTO PREMATURO
EN GESTANTES DEL HOSPITAL SERGIO BERNALES EN EL PERIODO DE 2019-
2020”**

que presenta el Sr. Ronni Delinger Chavez Mauricio para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

BRADY ERNESTO BELTRAN GARATE

Dr. BRADY ERNESTO BELTRAN GARATE
ASESOR DE TESIS



Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
DIRECTOR DEL CURSO-TALLER

2. CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero

Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas
Oficina de Grados y Títulos
Formamos seres para una cultura de paz

Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por el presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana, Sr. Ronni Delinger Chavez Mauricio de acuerdo a los siguientes principios:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar seis meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,



Dr. Brady E. Beltrán Garate
Asesor de Tesis

Lima, 10 de Octubre de 2021

3. CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero



Oficio Electrónico N° 2133-2021-FMH-D

Lima, 28 de octubre de 2021

Señor
RONNI DELINGER CHAVEZ MAURICIO
Presente. -

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis "FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN EL RIESGO DE PARTO PREMATURO EN GESTANTES DEL HOSPITAL SERGIO BERNALES EN EL PERIODO DE 2019-2020", desarrollado en el contexto del VIII Curso Taller de Titulación por Tesis, presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha jueves 21 de octubre de 2021.

Por lo tanto, queda usted expedito con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,



Mg. Hilda Jurupe Chico
Secretaria Académica

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

"Formamos seres humanos para una cultura de Paz"

Av. Benavides 5440 - Urb. Las Gardenias - Surco
6010

Central 7 08-0000 / Anexo:

Lima 33 - Perú / www.urp.edu.pe/medicina

4. CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES CON APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN



"Año del Bicentenario del Perú: 200 Años de Independencia"

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES

N° 0080-2021

CONSTANCIA DE APROBACIÓN ÉTICA

El Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Nacional Sergio E. Bernales (CIEI-HNSEB) hace constar que el protocolo de investigación denominado "Factores sociodemográficos en el riesgo de parto prematuro en gestantes del Hospital Sergio Bernales en el período de 2019-2020" fue **APROBADO** bajo la modalidad de **REVISIÓN EXPEDITA**.

Investigador principal: Bach. Ronni Delinger Chavez Mauricio

El protocolo de investigación aprobado corresponde a la **versión 2** de fecha **06 de diciembre de 2021**.

Para la aprobación se ha considerado el cumplimiento de los lineamientos metodológicos y éticos en investigación, que incluye el balance beneficio/riesgo, confidencialidad de los datos y otros.

Las enmiendas en relación con los objetivos, metodología y aspectos éticos de la investigación deben ser solicitadas por el investigador principal al CIEI-HNSEB.

El protocolo de investigación aprobado tiene un período de vigencia de 12 meses; desde el 06 de diciembre 2021 hasta el 05 de diciembre de 2022, y; de ser necesario, deberá solicitar la renovación con 30 días de anticipación.

De forma semestral, deberá enviarnos los informes de avance del estudio a partir de la presente aprobación y así como el informe de cierre una vez concluido el estudio.

Lima, 06 de diciembre 2021

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NAC. SERGIO E. BERNALES
.....
M.D. ALEJANDRO PÉREZ VALLE
Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigaciones-HNSEB
CHP 22525 AHE 9502

5. ACTA DE APROBACIÓN DE BORRADOR DE TESIS



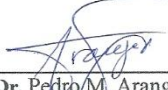
UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMNA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos
FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada “FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN EL RIESGO DE PARTO PREMATURO EN GESTANTES DEL HOSPITAL SERGIO BERNALES EN EL PERÍODO DE 2019-2020”, que presenta el Señor **RONNI DELINGER CHAVEZ MAURICIO** para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.


En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:


Dr. Pedro M. Arango Ochante


PRESIDENTE


Dra. Consuelo del Rocío Luna Muñoz

MIEMBRO


Dr. Juan Carlos Roque Quezada

MIEMBRO


Dr. Jhony De La Cruz Vargas
Director de Tesis


Dr. Brady E. Beltrán Garate
Asesor de Tesis

Lima, 26 de Octubre de 2022

6. REPORTE DE ORIGINALIDAD DE TURNITING.

Visualizador de documentos

Turnitin Informe de Originalidad

Procesado el: 26-oct.-2022 18:43 -05

Identificador: 1936350489

Número de palabras: 12900

Entregado: 1

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN EL RIESGO DE PA... Por
Ronni Delinger Chavez Mauricio

Índice de similitud		Similitud según fuente	
17%		Internet Sources:	19%
		Publicaciones:	0%
		Trabajos del estudiante:	3%

incluir citas	incluir bibliografía	excluyendo las coincidencias < 1%	modo: ver informe en vista quickview (vista clásica)	imprimir	descargar
9% match (Internet desde 31-ago.-2022) https://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1187/CIE-LOZ-ARE-18.pdf?isAllowed=y&sequence=1					
1% match (Internet desde 09-jul.-2022) http://repositorio.urp.edu.pe					
1% match (Internet desde 09-jul.-2022) http://repositorio.urp.edu.pe					
1% match (Internet desde 24-sept.-2022) https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/5474/MED-Melgarejo%20Guzm%c3%a1n%2c%20Jes%c3%bas%20Alejandro%20.pdf?isAllowed=y&sequence=1					
1% match (Internet desde 01-mar.-2021) http://docplayer.es					
1% match (Internet desde 31-jul.-2021) http://docplayer.es					
1% match (Internet desde 26-sept.-2022) http://catarina.udlap.mx					
1% match (Internet desde 24-sept.-2022) https://repositorio.unan.edu.ni/17533/1/17533.pdf					
1% match (Internet desde 26-ene.-2022) http://alicia.concytec.gob.pe					
1% match () Valderrama Cubas, Diana Iris. "Factores de riesgo asociados al parto pre-término en gestantes del Hospital General de Jaén, 2018", 'Baishideng Publishing Group Inc.', 2021					
1% match (Internet desde 30-dic.-2017) http://cybertesis.urp.edu.pe					

7. CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL VIII CURSO TALLER PARA LA TITULACIÓN POR TESIS DE LA URP.



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO

VIII CURSO TALLER PARA LA TITULACION POR TESIS MODALIDAD VIRTUAL

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que el Sr.

RONNI DELINGER CHAVEZ MAURICIO

Ha cumplido con los requisitos del CURSO-TALLER para la Titulación por Tesis Modalidad Virtual durante los meses de setiembre, octubre, noviembre, diciembre 2021 y enero 2022, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis:

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN EL RIESGO DE PARTO PREMATURO EN GESTANTES DEL HOSPITAL SERGIO BERNALES EN EL PERIODO DE 2019-2020.

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y valido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° de Reglamento vigente de Grados y Títulos de Facultad de Medicina Humana aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N° 2583-2018.

Lima, 13 de enero de 2022.

DR. JHONY DE LA CRUZ VARGAS
Director del Curso Taller de Tesis



Dr. Oscar Emilio Martínez Lozano
Decano (e)

8. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLE	DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACION Y MUESTRA	TECNICAS E INSTRUMENTOS
¿CUÁL ES LA ASOCIACIÓN ENTRE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y EL RIESGO DE PARTO PREMATURO EN GESTANTES DEL HOSPITAL SERGIO BERNALES EN EL PERIODO DE 2019-2020?	<p><u>OBJETIVO GENERAL</u> DETERMINAR LA RELACIÓN DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y EL RIESGO DE PARTO PREMATURO EN GESTANTES DEL HOSPITAL SERGIO BERNALES EN EL PERIODO DE 2019-2020</p>	<p><u>HIPOTESIS GENERAL</u> EXISTE RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y EL RIESGO DE PARTO PREMATURO EN GESTANTES DEL HOSPITAL SERGIO BERNALES EN EL PERIODO DE 2019-2020.</p>	<p>PREMATURIDAD</p>	<p>OBSERVACIONAL ANALÍTICO, CASOS Y CONTROLES, RETROSPECTIVO.</p>	<p>GESTANTES DEL HOSPITAL SERGIO BERNALES DE 2019-2020</p>	<p>CUESTIONARIO DISEÑADO PARA EL ESTUDIO</p> <p>REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS</p> <p>ANÁLISIS BIVARIADO</p> <p>ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA</p> <p>PAQUETE ESTADÍSTICO PARA CIENCIAS SOCIALES (SPSS)</p>
	<p><u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u> COMPROBAR SI LA EDAD MATERNA ESTA RELACIONADO AL RIESGO DE PARTO PREMATURO EN GESTANTES DEL HOSPITAL SERGIO BERNALES EN EL PERIODO DE 2019-2020</p>	<p><u>HIPOTESIS ESPECÍFICAS</u> EXISTE ASOCIACIÓN ENTRE LA EDAD MATERNA Y EL RIESGO DE PARTO PREMATURO</p>	<p>EDAD</p>			
	<p>EVALUAR SI EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN MATERNO ESTÁ RELACIONADO AL RIESGO DE PARTO PREMATURO EN GESTANTES DEL HOSPITAL SERGIO BERNALES EN EL PERIODO DE 2019-2020</p>	<p>HE2: EXISTE ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN MATERNO Y EL RIESGO DE PARTO PREMATURO</p>	<p>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</p>			
	<p>IDENTIFICAR SI LA AFILIACIÓN AL SIS MATERNO ESTÁ RELACIONADO AL RIESGO DE PARTO PREMATURO EN GESTANTES DEL</p>	<p>HE3: EXISTE ASOCIACIÓN ENTRE LA AFILIACIÓN AL SIS MATERNO Y EL RIESGO DE PARTO PREMATURO</p>	<p>AFILIACIÓN AL SIS</p>			

	HOSPITAL SERGIO BERNALES EN EL PERIODO DE 2019-2020					
	DETERMINAR SI EL LUGAR DE PROCEDENCIA ESTÁ RELACIONADO AL RIESGO DE PARTO PREMATURO EN GESTANTES DEL HOSPITAL SERGIO BERNALES EN EL PERIODO DE 2019-2020	HE4: EXISTE ASOCIACIÓN ENTRE LUGAR DE PROCEDENCIA Y EL RIESGO DE PARTO PREMATURO	LUGAR DE PROCEDENCIA			
	COMPROBAR SI LA OCUPACIÓN MATERNA ESTÁ RELACIONADA AL RIESGO DE PARTO PREMATURO EN GESTANTES DEL HOSPITAL SERGIO BERNALES EN EL PERIODO DE 2019-2020	HE5: EXISTE ASOCIACIÓN ENTRE LA OCUPACIÓN MATERNA Y EL RIESGO DE PARTO PREMATURO	OCUPACIÓN			
	ESTIMAR SI EL ESTADO CIVIL ESTÁ RELACIONADO AL RIESGO DE PARTO PREMATURO EN GESTANTES DEL HOSPITAL SERGIO BERNALES EN EL PERIODO DE 2019- 2020	H6: EXISTE ASOCIACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y EL RIESGO DE PARTO PREMATURO	ESTADO CIVIL			

9. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	NATURALEZA	ESCALA	INDICADOR	MEDICIÓN
PARTO PREMATURO	Parto en o después de la semana 20 0/7 y antes de la semana 37 0/7 de embarazo	Parto prematuro que consigne en historia clínica.	Dependiente	Cualitativa	Nominal	Diagnóstico de parto prematuro	1. SI 2. NO
EDAD	Años de vida cumplidos	Número de Años cumplidos consignados.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Años cumplidos	1. edades extremas (≤ 19 y ≥ 36 años) 2. 20-36 años
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	El grado más elevado de estudios realizados o en curso	Grado de instrucción que consigne la historia clínica.	Independiente	Cualitativo	Ordinal	Nivel de instrucción educativa	1. Primaria 2. Secundaria incompleta 3. Secundaria completa 4. Técnica-Universitaria superior
AFILIACIÓN AL SIS	Acceso al conjunto organizado, de instituciones, dependencias, y sectores a cargo del sistema de salud peruano, referente al Seguro Integral de Salud (SIS)	Afiliación o no al sistema integral de salud	Independiente	Cualitativo	Ordinal	Afiliación al SIS o No afiliado al SIS	1 Afiliado 2 No afiliado
LUGAR DE PROCEDENCIA	Lugar de donde deriva o nace una persona, incluye nacionalidad	Lugar de procedencia según historia clínica.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Lugar de procedencia	1. Urbano 2. Rural- Extranjera
OCUPACIÓN	Actividad o trabajo que realiza una persona	Ocupación consignada por la paciente.	Independiente	Cualitativo	Nominal	Ocupación o actividad	1. Sin ocupación 2. Ama de casa 3. Estudiante 4. Comerciante 5. Profesional
ESTADO CIVIL	La unión de personas con fines de procreación y vida en común y que asume permanencia en el tiempo.	Estado civil que consigne la historia clínica.	Independiente	Cualitativo	Nominal	Estado de relación civil	1. Soltera 2. Casada 3. Conviviente

10. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN EL RIESGO DE PARTO PREMATURO EN GESTANTES DEL HOSPITAL SERGIO BERNALES EN EL PERIODO DE 2019-2020

Factores sociodemográficos

Ficha N°

Fecha: / /

Historia Clínica: N°

Cobertura de salud: SIS / No afiliado

Edad	
≤ 19 y ≥ 36	
20-36	

Estado civil	
Soltera	
Casada	
Conviviente	

Ocupación	
Ama de casa	
Estudiante	
Comerciante	
Profesional	

Grado de instrucción	Sin estudios	Primaria	Secundaria	Superior
Procedencia	Nacional urbano	Nacional Rural	Extranjera	

Factores obstétricos

Edad gestacional (test de Capurro)	Semanas: ()		
Número de gestaciones	Primigesta: ()	2 a más gestaciones: ()	
Paridad	Primípara: ()	2 a más partos: ()	
Embarazo múltiple	SI ()	NO ()	
Controles Prenatales (CPN)	Sin CPN: ()	<6 CPN : ()	>6 CPN : ()
Anemia:	SI ()		NO ()
Preeclampsia	SI ()		NO ()
Eclampsia	SI ()		NP ()
Placenta previa	SI ()		NO ()
Desprendimiento prematuro de placenta	SI ()		NO ()

Ruptura prematura de membranas	SI ()	NO ()
Trastornos de líquido amniótico .	SI ()	NO ()

Datos sobre parto prematuro

Categoría de prematuridad		
Prematuridad extrema: < 28 ss	()	
Prematuridad severa: 28 ss y 1 d - 31 ss y 6 d	()	
Prematuridad moderada: 32 ss - 33 ss y 6 d	()	
Prematuridad leve: 34 ss - 36 ss y 6 d	()	
Antecedente de parto pretermino	SI ()	NO ()

Antecedentes Patológicos maternos

Consumo de alcohol	SI ()	NO ()
Consumo de tabaco	SI ()	NO ()
Infección urinaria	SI ()	NO ()
Vulvovaginitis	SI ()	NO ()
Miomatosis	SI ()	NO ()
Malformaciones uterinas	SI ()	NO ()