

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

## SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS IN THE RISK OF PRETERM BIRTH IN PREGNANT WOMEN AT THE SERGIO BERNALES HOSPITAL IN THE PERIOD 2019-2020

Ronni Delinger Chavez-Mauricio<sup>1,2,d</sup>, Brady Ernesto Beltrán-Garate<sup>3,a,b</sup>, Pedro Arango-Ochante<sup>2,a</sup>

### RESUMEN

**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 buscará cuantificar la relación entre los factores sociodemográficos y el riesgo de parto prematuro. Se usará una revisión de historias clínicas correspondientes al servicio de Ginecología-Obstetricia del hospital Sergio Bernales. Los datos obtenidos se estudiarán mediante el programa SPSS y se buscará 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 (Fuente: DeCS-BIREME).

### ABSTRACT

**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.

**Keywords:** Preterm delivery; Risk factor; Case-control study (Source: MeSH-NLM).

<sup>1</sup> Facultad de Medicina Humana, Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.

<sup>2</sup> Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.

<sup>3</sup> Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Arequipa, Perú.

<sup>a</sup> Médico cirujano.

<sup>b</sup> Magister en Oncología Molecular, especialista en Oncología Médica.

<sup>c</sup> Especialista en Ginecología.

<sup>d</sup> Estudiante de Medicina.

 **Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-8809-8804>, Ronni Delinger Chavez Mauricio

 **Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-4469-3817>, Brady Ernesto Beltrán Garate

 **Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-9205-2745>, Pedro Arango Ochante

**Citar como:** Chavez Mauricio RD, Beltrán Garate BE, Arango Ochante P. Factores sociodemográficos en el riesgo de parto prematuro en gestantes del hospital Sergio Bernales en el periodo de 2019-2020. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2022;11(4): 19-26

DOI <https://doi.org/10.33421/inmp.2022314>

## INTRODUCCIÓN

A nivel global, la prematuridad viene a ser la primera de las causas de mortalidad en los menores de cinco años<sup>1</sup>. Las tasas de nacimientos prematuros están aumentando lo que conlleva a la necesidad de estudios de prevención e identificación temprana. 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<sup>2</sup>.

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<sup>3</sup>.

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<sup>4</sup>.

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 parto<sup>1</sup>.

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 prenatal<sup>3</sup>.

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 fue 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.

## 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, la población incluyó a mujeres gestantes con diagnóstico de parto pretérmino que fueron atendidas en el hospital Sergio E. Bernales en el periodo de enero de 2019 a enero de 2020. El tamaño de muestra fue calculado en el programa EPIDAT, 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<sup>5</sup>, considerando un poder estadístico 0.80 y un nivel de confianza 0.95. Se realizó un método de muestreo tipo probabilístico, aleatorio simple. 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. Se usó una ficha de recolección de datos diseñada para el estudio.

Se respetó los aspectos éticos de las pacientes, mediante la autorización de la institución 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 para su ejecución.

## RESULTADOS

### Análisis Univariado:

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.

**Tabla 2.** Características sociodemográficas de las gestantes de ambos grupos.

Variables	PARTO PRETÉRMINO					
	SI (=100)		NO (=200)		TOTAL (=300)	
<b>Procedencia</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Urbano	45	45	143	71.5	188	62.7
Rural-extranjera	55	55	57	28.5	112	37.3
<b>Edad</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
20-36 años	47	47	133	66.5	180	60
Edades extremas	53	53	67	33.5	120	40
<b>Afiliación al SIS</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Afiliado	85	85	186	93	271	90
No afiliado	15	15	14	7	29	10
<b>Estado civil</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Soltera	33	33	62	31	98	32
Conviviente	58	58	103	51.5	161	54
Casada	9	9	35	17.5	44	14
<b>Ocupación</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
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
<b>Grado de instrucción</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
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

Fuente: Elaboración propia

**Análisis Bivariado:**

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, usando como referente estadístico el estado civil casada.

De similar manera el análisis estadístico no encontró asociación significativa la ocupación 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], tomando como referencia profesional.

En relación al grado de instrucción, 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]. Tomando como referencia superior-técnica.

**Tabla 2.** Procedencia de las gestantes de ambos grupos de estudio.

Factores de riesgo sociodemográficos	Grupo de Estudio							
	Casos=100		Controles=200		IC 95%			
<b>PROCEDENCIA</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>P</b>	<b>OR</b>	<b>Inferior</b>	<b>Superior</b>
Rural-Extranjera	55	55	57	28.5	0.01	3.07	1.87	5.06
Urbano	45	45	143	71.5				

Fuente: Elaboración propia

Podemos ver que las gestantes de procedencia rural-extranjera tienen un riesgo mayor en 3.07 veces de parto pretérmino.

**Tabla 3.** Edades agrupadas de las gestantes de ambos grupos de estudio.

Factores de riesgo sociodemográficos	Grupo de Estudio							
	Casos=100		Controles=200		IC 95%			
<b>EDAD</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>P</b>	<b>OR</b>	<b>Inferior</b>	<b>Superior</b>
Edades extremas	53	53	67	33.5	0.01	2.2	1.38	3.67
20-36 años	47	47	133	66.5				

Fuente: Elaboración propia

Podemos ver que las gestantes con edades extremas ( $\leq 19$  y  $\geq 36$  años) tienen un riesgo mayor en 2.2 veces de parto pretérmino.

**Tabla 4.** Edades agrupadas de las gestantes de ambos grupos de estudio.

Factores de riesgo sociodemográficos	Grupo de Estudio							
	Casos=100		Controles=200		IC 95%			
<b>AFILIACIÓN AL SIS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>P</b>	<b>OR</b>	<b>Inferior</b>	<b>Superior</b>
No afiliado	15	15	14	7	0.03	2.35	1.08	5.08
Afiliado	85	85	186	93				

SIS= Seguro Integral de Salud

Fuente: Elaboración propia

Podemos ver que las gestantes con no afiliadas al SIS tienen un riesgo mayor en 2.35 veces de parto pretérmino.

**Análisis Multivariado:**

**Tabla 5.** Análisis Multivariado de las variables con significancia asociadas a parto pretérmino de las gestantes de ambos grupos.

Factores de riesgo sociodemográficos	Grupo de Estudio							
	Casos=100		Controles=200		IC 95%			
<b>PROCEDENCIA</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>P</b>	<b>OR</b>	<b>Inferior</b>	<b>Superior</b>
Rural-Extranjera	55	55	57	28.5	0.01	3.07	1.87	5.06
Urbano	45	45	143	71.5				
<b>EDAD</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>P</b>	<b>OR</b>	<b>Inferior</b>	<b>Superior</b>
Edades extremas	53	53	67	33.5	0.01	2.2	1.38	3.67
20-36 años	47	47	133	66.5				
<b>AFILIACIÓN AL SIS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>P</b>	<b>OR</b>	<b>Inferior</b>	<b>Superior</b>
No afiliado	15	15	14	7	0.03	2.35	1.08	5.08
Afiliado	85	85	186	93				

SIS= Seguro Integral de Salud

Fuente: Elaboración propia

Se efectuó el análisis multivariado entre las variables asociadas estadísticamente a parto pretérmino hallándose procedencia rural o extranjera con un riesgo mayor en 3.51 veces, edades extremas 2.72 veces, y no afiliado 2.59 veces, como factores sociodemográficos asociados al riesgo de parto prematuro en gestantes.

## 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<sup>11</sup>. Por ello, el presente estudio tuvo la 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  $\leq 19$  y  $\geq 36$  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.<sup>7</sup> 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 Muhhi et al.<sup>8</sup> 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 García V. D.<sup>9</sup> reportó entre sus factores sociodemográficos que edades  $\leq 19$  años o  $> 34$  años presentan asociación OR 1.43 IC 95%, en tanto esta no era significativa  $p=0.291$ . Similar Vergara M. A.<sup>10</sup>, 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.<sup>11</sup> Aliaga<sup>12</sup> y Lozada<sup>13</sup> encontraron significancia en  $\leq 19$  años (OR 1.33 95%IC 1.18-1.49),  $\leq 20$  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.<sup>14</sup>, y Stylianou-Riga et al.<sup>15</sup> reportaron asociación estadística con parto prematuro en gestantes con edad materna  $\geq 35$  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 reproductivos<sup>15</sup>, como además a la probabilidad de coexistencia de comorbilidades.

En tanto al nivel de instrucción, 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.<sup>11</sup> y Prunet et al.<sup>16</sup>. 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.<sup>7</sup> 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 Alarcón<sup>18</sup>, 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.<sup>19</sup> 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 Poulsen<sup>20</sup> 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.<sup>21</sup>, 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.<sup>22</sup> 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.<sup>23</sup> 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.<sup>11</sup>, en su estudio con una tasa de 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.<sup>24</sup> 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<sup>19</sup>, 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.<sup>17</sup> 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 Stylianou-Riga et al.<sup>15</sup> 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.<sup>25</sup> 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.<sup>24</sup> 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.<sup>26</sup> 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. Este estudio no contó con el análisis de posibles confusores que podría afectar el tamaño de efecto ajustado de los factores sociodemográficos estudiados. 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.

Finalmente, con los factores asociados significativamente en el presente estudio, se contribuye a la planeación de estrategias en la prevención oportuna de riesgos maternos, tanto en primer, segundo o tercer nivel de atención.

## CONCLUSIONES

Los factores sociodemográficos como la procedencia rural o extranjera, edades extremas maternas y gestante no afiliada al SIS son factores asociados al riesgo de parto pretérmino.

**Declaración de conflicto de interés:** Los autores declaran no tener algún conflicto de intereses.

**Financiamiento:** Autofinanciado

## 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/pre-term-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.medigraphic.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. Mejía Gil E. Factores de riesgo maternos en la ame-

- naza 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>.
6. 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
  7. 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
  8. 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>
  9. 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>
  10. 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>
  11. 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
  12. 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>
  13. 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>
  14. 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
  15. 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>
  16. 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
  17. 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
  18. 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>
  19. 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>
  20. 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
  21. 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
  22. 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.
  23. Taylor Yhenneko 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
  24. 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: 10.1177/030006052111034693

25. Chira JL, Sosa JL. Factores de riesgo para parto pre-termino en gestantes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. Rev. Salud & Vida Sipanense Vol. 2/N°2. ISSN 2313-0369 /2015. Disponible en: <https://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/201>
  26. 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
- 

**Correspondencia:**

Ronni Delinger Chavez Mauricio  
Dirección: Av. San Juan 661, San Luis. Lima, Perú.  
Teléfono: (+51) 929268397  
Correo electrónico: rdchmax@gmail.com