



UNAP



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**ASOCIACIÓN ENTRE ESTILO DE VIDA NO SALUDABLE Y
PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL
REGIONAL DE LORETO, DURANTE EL 2010 AL 2020**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN MEDICINA HUMANA VÍA RESIDENTADO
MÉDICO CON MENCIÓN EN **GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR:

YELTSIN ULISES ROJAS CCAHUA

ASESOR:

M.C. BEDER CAMACHO FLORES, Dr.

IQUITOS, PERÚ

2023



UNAP

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
"Rafael Donayre Rojas"
UNIDAD DE POS GRADO



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN N° 009-DUPG-FMH-UNAP-2023

En la ciudad de Iquitos, en el Salon de Grados..... de la Facultad de Medicina Humana, a los 06 días del mes de setiembre del año 2023; a horas 12:00h, se dio inicio a la Ejecución del Proyecto de Investigación Titulado: "ASOCIACION ENTRE ESTILO DE VIDA NO SALUDABLE Y PARTO PRETERMINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, DURANTE EL 2010 AL 2020", con Resolución Decanal N° 269-2023-FMH-UNAP, del 17 de julio del 2023, presentado por el Médico Cirujano **YELTSIN ULISES ROJAS CCAHUA**, para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Medicina Humana, vía Residentado Médico, con mención en **GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**, de la Facultad de Medicina Humana "Rafael Donayre Rojas" de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, en la modalidad presencial, que otorga la universidad de acuerdo a Ley y Estatuto.

El jurado calificador y dictaminador designado mediante Resolución Decanal N° 154-2021-FMH-UNAP, del 21 de mayo del 2021, está integrado por:

Mg. SP. Javier Vásquez Vásquez	Presidente
Mg. DIU Sergio Ruiz Tello	Miembro
Mc. Yessenia Vanessa Sherrezade Ramos Rivas	Miembro

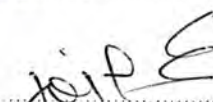
Luego de haber revisado y analizado con atención el Proyecto de Investigación; El Jurado después de las deliberaciones correspondientes, llegó a las siguientes conclusiones:

El Proyecto de Investigación ha sido: Aprobado por Unanimidad.....
con la Calificación: Diecisiete (17).....

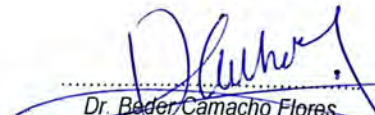
Estando el Médico Cirujano apto para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional en Medicina Humana Vía Residentado Médico con mención en **GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

Siendo las 13:00 horas..... se dio por terminado el acto.

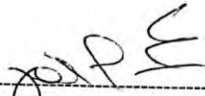

Mg. DIU Sergio Ruiz Tello
Miembro


Dr. Javier Vásquez Vásquez
Presidente

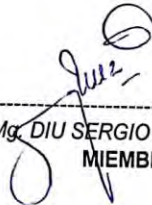

Mc. Yessenia Vanessa Sherrezade Ramos Rivas
Miembro


Dr. Beder Camacho Flores
Asesor

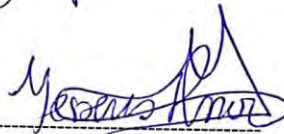
PROYECTO DE INVESTIGACION APROBADO EL 06 DE SETIEMBRE DE 2023, A LAS 13: 00 HORAS, EN EL SALON DE GRADOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA, EN LA CIUDAD DE IQUITOS, PERÚ



Dr. JAVIER VASQUEZ VASQUEZ
PRESIDENTE



Mg. DIU SERGIO RUIZ TELLO
MIEMBRO



MC. YESSENIA VANESSA SHERREZADE RAMOS RIVAS
MIEMBRO



Dr. BEDER CAMACHO FLORES
ASESOR

NOMBRE DEL TRABAJO

FMH_2DA ESP_PROY DE INV_ROJAS CC
AHUA (2da rev).pdf

AUTOR

YELTSIN ULISES ROJAS CCAHUA

RECuento DE PALABRAS

4233 Words

RECuento DE CARACTERES

22878 Characters

RECuento DE PÁGINAS

25 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

624.5KB

FECHA DE ENTREGA

Aug 28, 2023 12:41 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Aug 28, 2023 12:42 PM GMT-5

● **24% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 22% Base de datos de Internet
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Crossref
- 15% Base de datos de trabajos entregados

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Bloques de texto excluidos manualmente

INDICE

	Págs.
Portada	01
Acta	02
Jurados	03
Resultado del Informe de similitud	04
Índice	05
RESUMEN	06
Abstract	07
I. PLAN DE INVESTIGACION	08
1.1 Antecedentes	08
1.2 Base teórica	10
1.3 Identificación y formulación del problema	12
1.4 Justificación	12
1.5 Objetivos	13
Objetivo general	13
Objetivos específicos	13
1.6 Hipótesis	13
1.7 Variables	14
1.8 Metodología	15
1.9 Población y muestra	16
1.10 Procedimientos, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	18
CRONOGRAMA	19
PRESUPUESTO	20
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
ANEXOS	26

RESUMEN:

El parto prematuro se está convirtiendo en la causa de la inestabilidad económica en la familia, la comunidad y la nación en general, no sólo se traduce en cargas económicas debido al tratamiento neonatal inicial, sino también en costos sustanciales para los servicios de salud después del alta de la unidad neonatal. Los neonatos prematuros han continuado permaneciendo por debajo de la curva de crecimiento estándar y demuestran una capacidad reducida para alcanzar el crecimiento en su vida, además, el parto prematuro y sus consecuencias contribuyen a discapacidades posteriores y anomalías neurológicas. El presente estudio se llevará a cabo con la finalidad de demostrar si existe asociación entre estilo de vida no saludable y parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional de Loreto durante el periodo Noviembre – diciembre 2020. Se hará uso de un diseño seccional, transversal, analítico, observacional. Se hará uso de la prueba estadístico chi cuadrado. Se obtendrá el OR para estilo de vida no saludable en cuanto a su asociación con parto pretermino, si este es mayor de 1 se realizará el cálculo del intervalo de confianza al 95%.

ABSTRACT:

Preterm birth is the cause of economic instability, the community and the nation at large, translating not only into financial burdens, but also into substantial costs for postnatal health services. The present study will be carried out with the purpose of demonstrating if there is an association between an unhealthy lifestyle and preterm delivery in pregnant women at the Regional Hospital of Loreto during the period November - December 2020. A sectional, cross-sectional, analytical design will be used. , observational. The chi-square statistical test will be used. The OR for an unhealthy lifestyle will be obtained in terms of its association with preterm delivery. If this is greater than 1, the 95% confidence interval will be calculated. Multivariate analysis with logistic regression was performed.

I. PLAN DE INVESTIGACION:

1.1 Antecedentes:

Internacionales:

Aune D, et al (Reino Unido, 2017); realizaron una revisión sistemática para aclarar la asociación entre la actividad física y el riesgo de parto prematuro. Se incluyeron 41 estudios (43 publicaciones) que incluían 20 ensayos aleatorios y 21 estudios de cohortes. El RR de resumen para actividad alta versus baja fue de 0,87 [intervalo de confianza (IC) del 95%: 0,70-1,06, I2 = 17%, n = 5] para la actividad física antes del embarazo, y fue 0,86 (IC del 95%: 0,78-0,95 , I2 = 0%, n = 30) para la actividad física al inicio del embarazo. El RR de resumen para un incremento de 3 horas por semana en la actividad de tiempo libre fue 0,90 (IC del 95%: 0,85 a 0,95, I2 = 0%, n = 5). Hubo evidencia de una asociación no lineal entre la actividad física y el parto prematuro, Pnonlinearity <0,0001, con el riesgo más bajo observado en 2-4 horas por semana de actividad; concluyendo que una mayor actividad en el tiempo libre se asocia con un riesgo reducido de parto prematuro¹.

Chuxao S, et al (China, 2020); explorar el efecto del estilo de vida sobre el bajo peso al nacer en partos prematuros y a término en un estudio de casos y controles en catorce hospitales. Las mujeres que eran físicamente activas (1-3 veces por semana y ≥ 4 veces por semana) tenían menores probabilidades de tener neonatos prematuros (ORa = 0,584, IC del 95% = 0,394-0,867 y ORa = 0,516 , IC del 95% = 0,355-0,752, respectivamente). Las mujeres embarazadas que tenían un aumento de peso gestacional insuficiente tenían mayores probabilidades de presentar prematuridad (ORa = 2.272, IC del 95% = 1.626-3.176). El tabaquismo aumento el riesgo de presentar prematuridad (ORa = 1,404, IC del 95% = 1,057-1,864)².

Lofty S, et al (Norteamérica, 2019); evaluaron el estilo de vida materno y parto prematuro espontáneo en un diseño de estudio en 200 mujeres asignados a dos grupos seleccionados mediante el método de muestreo intencional. Se encontró hubo una relación significativa entre el parto prematuro espontáneo y los factores del estilo de vida (P <0,001). Además, los acontecimientos vitales graves y el agotamiento vital

durante el embarazo fueron factores de riesgo importantes para el parto prematuro espontáneo ($p < 0.05$). Los eventos graves contribuyen a un aumento significativo del riesgo de parto prematuro, donde la duración del sueño corta o prolongada y el agotamiento vital se asociaron en gran medida con un mayor riesgo de parto prematuro espontáneo³.

Englund L, et al (Nigeria, 2015); examinaron si existe una asociación entre los patrones dietéticos maternos y el riesgo de parto prematuro por medio de un estudio prospectivo de cohortes en 66 000 mujeres embarazadas. Después del ajuste de las covariables, las puntuaciones altas en el patrón "prudente" se asociaron con un riesgo significativamente reducido de razón de riesgo de parto prematuro para el tercio más alto frente al más bajo (0,88, intervalo de confianza del 95%: 0,80 a 0,97). El patrón prudente también se asoció con un riesgo significativamente menor de parto prematuro tardío y espontáneo. No se encontró una asociación independiente con el parto prematuro para el patrón "occidental". El patrón "tradicional" se asoció con un riesgo reducido de parto prematuro para el tercio más alto frente al más bajo (índice de riesgo 0,91; 0,83 a 0,99)⁴.

Kamali M, et al (Arabia, 2010); compararon el estilo de vida de las mujeres con el parto a término y prematuro; por medio de un estudio de casos y controles. Los sujetos de este estudio fueron 132 mujeres con trabajo de parto prematuro y 264 mujeres con trabajo de parto a término. Los datos se recopilaron mediante un cuestionario que contenía dos secciones, características demográficas y estilo de vida de la mujer, incluida la nutrición, el ejercicio, el tabaquismo y el uso de alcohol y abuso de sustancias, apoyo social, manejo del estrés y autocuidado. Se reportan diferencias en nutrición, tabaquismo, consumo de alcohol, abuso de sustancias, apoyo social, manejo del estrés y autocuidado entre los dos grupos ($p < 0.05$)⁵.

En nuestra revisión bibliográfica no se ha identificado estudios similares nacionales, regionales ni locales.

1.2 Base teórica:

Los neonatos prematuros han continuado permaneciendo por debajo de la curva de crecimiento estándar y demuestran una capacidad reducida para alcanzar el crecimiento en su vida^{6,7}. Además, el parto prematuro y sus consecuencias contribuyen a discapacidades posteriores y anomalías neurológicas que pueden persistir durante toda su vida entre los supervivientes^{8,9}. El parto prematuro se está convirtiendo en la causa de la inestabilidad económica en la familia, la comunidad y la nación en general¹⁰. No sólo se traduce en cargas económicas debido al tratamiento neonatal inicial, sino también en costos sustanciales para los servicios de salud después del alta de la unidad neonatal^{11,12}.

Es la principal causa de muerte en niños antes de los 5 años en todo el mundo y representa un tercio de las muertes neonatales¹³. A corto plazo, se asocia con síndrome de dificultad respiratoria, displasia broncopulmonar, enterocolitis necrotizante, deterioro del desarrollo neurológico, incluida hemorragia intraventricular y parálisis cerebral^{14,15}. También existen asociaciones entre el parto prematuro y las consecuencias para la salud a largo plazo, como la enfermedad pulmonar crónica, la hipertensión y la intolerancia a glucosa¹⁶.

La proporción de nacimientos prematuros varía según las condiciones socioeconómicas, el origen étnico, el nivel de educación de la mujer, la edad y la paridad^{17,18}. El conocimiento es relativamente limitado sobre los mecanismos por los cuales estas características sociales y reproductivas están vinculadas a mediadores biológicos como infección, inflamación, nutrición y factores estresantes que causan el parto prematuro^{19,20}. Algunos investigadores sostienen que la prevención primaria solo será posible con un conocimiento ampliado de estos mecanismos biológicos relacionados socialmente²¹. Nuestro conocimiento es limitado sobre si las reducciones en la proporción de nacimientos prematuros espontáneos también podrían atribuirse a las transiciones sociales en la sociedad, por ejemplo, a través de mayores niveles de educación de las niñas y familias exitosas²².

Los factores del estilo de vida pueden jugar un papel imperativo en la reproducción y su resultado. Hay algunos informes sobre tabaquismo, consumo de alcohol, mascar tabaco

y resultados reproductivos adversos^{23,24}. Además del tabaco, también se informó que el riesgo de prematuridad extrema está asociado con el consumo de alcohol y es similar en magnitud a otros riesgos bien reconocidos; estos hallazgos abogan por que la prevención del consumo de alcohol durante el embarazo podría reducir significativamente el riesgo de parto pretermino²⁵.

Se ha descrito por otra parte que las madres que usan teléfonos móviles o computadoras en exceso durante el embarazo tienen un número significativamente mayor de partos antes de las 37 semanas^{26,27}. Así mismo existen reportes de que la calidad de la dieta durante el embarazo está asociada con el parto prematuro; por lo tanto, el asesoramiento dietético preconcepcional y prenatal temprano que promueva una ingesta dietética saludable podría mejorar los resultados del embarazo. Además de los hábitos, las prácticas de postura de trabajo de las mujeres también podrían tener un papel en el parto prematuro²⁸.

El trabajo físicamente exigente puede aumentar significativamente el riesgo de parto prematuro de una mujer; otra exposición ocupacional asociada significativamente con el parto prematuro incluyó el trabajo prolongado de pie, por turnos y nocturno, y una puntuación alta de fatiga laboral acumulada, se ha reportado que la probabilidad de parto prematuro aumentaba para las mujeres que subían escaleras ≥ 10 veces al día, y para las mujeres que caminaban y realizaban ejercicio en el tiempo libre en el primer y segundo trimestre tenía un efecto protector; es decir la actividad física en el tiempo libre de moderada a intensa durante el embarazo se asocia con un riesgo significativamente reducido de parto pretermino así como las mujeres que practicaban más de un tipo de deporte sin embargo, no se observó una relación dosis-respuesta^{29,30}. Estos hallazgos no indican ningún efecto adverso del ejercicio sobre el riesgo de parto prematuro y, por lo tanto, no contradicen las recomendaciones actuales³¹.

1.3 Identificación y formulación del problema:

Según la OMS, el parto prematuro puede ocurrir espontáneamente o puede ser iniciado a través de la inducción del trabajo de parto o el parto por cesárea electiva, lo cual puede estar o no médicamente indicado³². Un neonato nacido después de las 37 semanas de embarazo no se considera prematuro; sin embargo, se recomienda que, a menos que esté médicamente indicado, se debe permitir que el embarazo continúe hasta las 39 semanas completas para garantizar resultados óptimos de salud³³.

El parto prematuro es responsable de 1 millón de muertes en neonatos cada año debido a complicaciones del parto prematuro³⁴. El parto prematuro es parte del Objetivo de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas³⁵. La proporción promedio mundial de nacimientos prematuros se estimó en 11% en 2017, lo que corresponde a 15 millones de niños que nacen antes de tiempo al año. Más del 80% de estos nacimientos prematuros ocurren en el sur de Asia y África subsahariana³⁶. Aunque existen muchas causas diferentes de muerte neonatal relacionada con el pretérmino, más del 75% de las muertes se pueden prevenir sin necesidad de cuidados intensivos³⁷.

¿Existe asociación entre estilo de vida no saludable y parto pretermino en gestantes del Hospital Regional de Loreto?

1.4 Justificación:

El parto pretermino es una patología obstétrica de elevada prevalencia en la población de gestantes en nuestra realidad sanitaria, considerando que es responsable de una considerable carga de morbilidad, siendo por otra parte un determinante como indicador de las estrategias de control prenatal; en este sentido existe evidencia respecto al impacto de la práctica de los estilos de vida saludable como un elemento fundamental como estrategia en el contexto del nivel de atención primaria y considerando que estos hábitos contribuyen significativamente en el objetivo de conseguir un periodo de gestación óptimo y por ende el control de la morbimortalidad materno fetal, resulta pertinente

evaluar la influencia de los estilos de vida respecto al riesgo de desarrollar parto pretermino, es por ello que nos proponemos llevar a cabo esta investigación. La proporción de nacimientos prematuros varía según las condiciones socioeconómicas, el origen étnico, el nivel de educación de la mujer, la edad y la paridad, el conocimiento es relativamente limitado sobre los mecanismos por los cuales estas características sociales y reproductivas están vinculadas a mediadores biológicos como infección, inflamación, nutrición y factores estresantes que causan el parto prematuro, algunos investigadores sostienen que la prevención primaria solo será posible con un conocimiento ampliado de estos mecanismos biológicos relacionados socialment.

1.5 Objetivos

Objetivos generales:

Demostrar si existe asociación entre estilo de vida no saludable y parto pretermino en gestantes del Hospital Regional de Loreto.

Objetivos específicos:

Precisar la distribución según estilo de vida en gestantes con parto pretermino

Precisar la distribución según estilo de vida en gestantes con parto a termino

Comparar la prevalencia de estilo de vida no saludable entre gestantes con parto pretermino o a termino

1.6 Hipótesis:

Hipótesis nula (H₀):

No existe asociación entre estilo de vida no saludable y parto pretermino en gestantes del Hospital Regional de Loreto

Hipótesis alterna (H_a):

Existe asociación entre estilo de vida no saludable y parto pretermino en gestantes del Hospital Regional de Loreto

1.7 Variables:

VARIABLE	TIPO	ESCALA	INDICADORES	ÍNDICES
Parto pretermino	Cualitativa	Nominal	Edad gestacional	Si - No
Estilo de vida no saludable	Cualitativa	Nominal	Cuestionario de estilo de vida	Saludable No saludable
INTERVINIENTE				
Edad materna	Cuantitativa	Discreta	Fecha nacimiento	Años
Edad gestacional	Cuantitativa	Discreta	Fecha amenorrea	Semanas
Procedencia	Cualitativa	Nominal	Ámbito geográfico	Urbano – rural.
Multiparidad	Cualitativa	Nominal	Entrevista	Si - No
Índice de masa corporal	Cuantitativa	Discreta	Entrevista	Kg/m ²

DEFINICIONES OPERACIONALES:

Parto pretermino: Se considerará cuando la edad gestacional sea inferior a 37 semanas tomando como referencia la fecha de última regla de la gestante y/o la ecografía del primer trimestre²¹.

Estilo de vida no saludable: según el Cuestionario de Estilos de vida validado por Ramos H. (2017) (Anexo 2), se considerará un puntaje < 91²².

1.8 Metodología:

Tipo de investigación:

- Analítico, observacional, seccional, transversal:

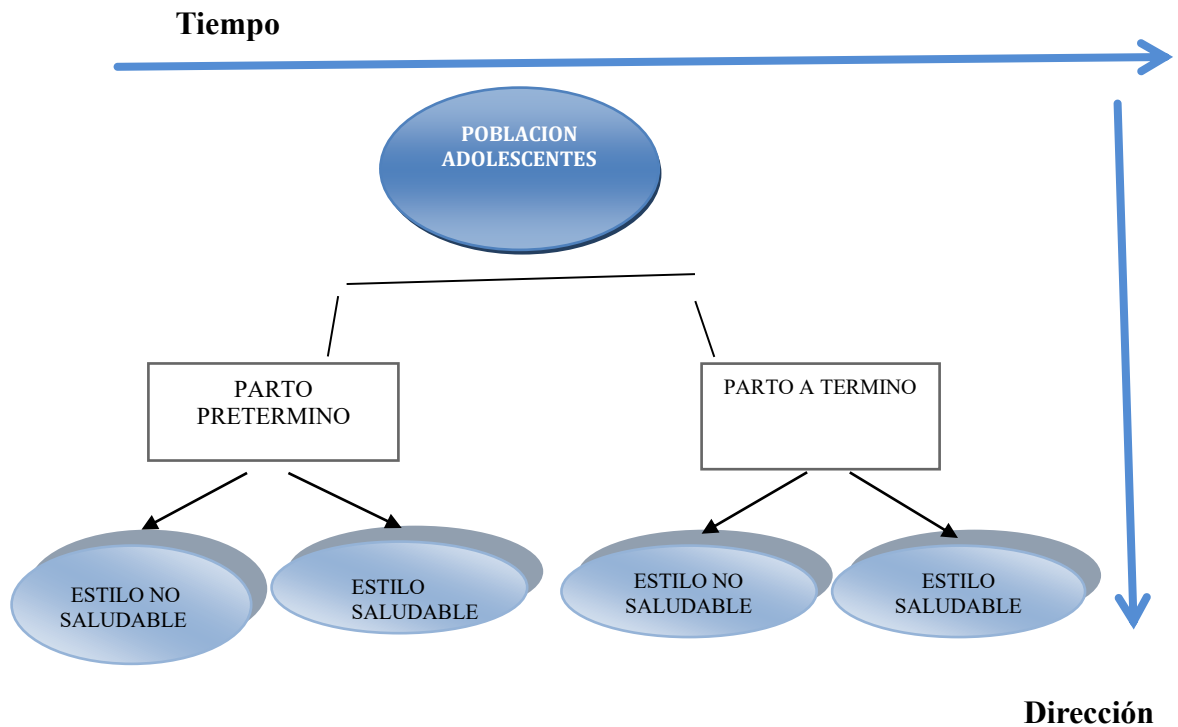
Diseño:

G	FACTOR DE RIESGO	
G1	X1	X2
G2	X1	X2

G1: Parto pretermino

G2: Parto a termino

X1: Estilo de vida no saludable



1.9 Población, muestra:

Población Universo:

Gestantes atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional de Loreto durante el período Noviembre - Diciembre 2020.

Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión:**

Gestantes entre 20 a 35 años; con gestación única; que acepten participar.

- **Criterios de Exclusión:**

Gestante con hemorragia del primer trimestre; con preeclampsia; con infección del tracto urinario, con anemia; con obesidad pregestacional..

MUESTRA:

Unidad de Análisis

cada gestante atendida en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional de Loreto durante el período Noviembre - Diciembre 2020.

Unidad de Muestreo

cada gestante atendida en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional de Loreto durante el período Noviembre - Diciembre 2020.

Tamaño muestral:

Formula³⁸:

$$n_0 = \frac{Z^2 \alpha pe qe}{E^2}$$

Donde:

n_0 : Tamaño inicial de muestra.

$Z\alpha$: 1.96.

pe: Prevalencia de parto pretermino en gestantes: 0.11 (11%) (Ref.4).

qe = 1-pe

peqe: Variabilidad estimada.

E: 0.05 (5%).

Obtenemos:

$$n_0 = \frac{(1.96)^2 (pe) (qe)}{(0.05)^2}$$

n = 125 pacientes

1.10. Procedimientos, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos:

Ingresarán las gestantes del Hospital Regional de Loreto durante el período Noviembre - Diciembre 2020 se solicitará la autorización para luego proceder a:

Identificar a las gestantes que serán incluidas en el estudio en función de la edad gestacional lo cual se verificara con la revisión de los expedientes clínicos; luego se procederá a la aplicación del Cuestionario (Anexo 2).

Se identificaran las variables intervinientes registrándolas en la hoja de recolección de datos (Ver Anexo 1)

Procesamiento de la información:

Estadística Descriptiva:

Se obtendrán datos de distribución de frecuencias para las variables cualitativas.

Estadística Analítica

Se hará uso de la prueba estadístico chi cuadrado; considerando significancia si el azar es menor al 5% ($p < 0.05$).

Estadígrafo propio del estudio:

Se obtendrá el odds ratio y el análisis multivariado con regresión logística.

ODSS RATIO: $a \times d / c \times b$

Protección de derechos humanos:

Se tomara en cuenta la declaración de Helsinki II³⁹ y la ley general de salu⁴⁰.

CRONOGRAMA DEL PROYECTO

abr	Actividades	Personas responsables	Tiempo						
			NOV 2020 - ABR 2021						
			1m	2m	3m	4m	5m	6m	
1	Planificación	INVESTIGADOR ASESOR	X						
2	Presentación	INVESTIGADOR		X					
3	Recolección	INVESTIGADOR - ASESOR			X	X			
4	Procesamiento	INVESTIGADOREST ADÍSTICO					X		
5	Elaboración	INVESTIGADOR							X

PRESUPUESTO:

Naturaleza del Gasto	Descripción	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
Bienes				Nuevos Soles
1.4.4.002	Papel Bond A4	01 millar	0.01	100.00
1.4.4.002	Lapiceros	10	1.00	10.00
Servicios				
1.5.6.030	INTERNET	50	2.00	100.00
1.5.3.003	Movilidad	50	1.50	75.00
			TOTAL	865.00

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.-Vogel J, Chawanpaiboon S, Moller A, et al. The global epidemiology of preterm birth. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2018;52:3–12.
- 2.-Katz L, Luu T, Nuyt A, et al. Long-Term follow-up of cardiorespiratory outcomes in children born extremely preterm: recommendations from a Canadian consensus workshop. *Paediatr Child Health* 2017;22:75–9.
- 3.-Chawanpaiboon S, Vogel J, Moller A, et al. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *Lancet Glob Health* 2019;7:e37–46.
- 4.-Lee A, Blencowe H, Lawn JE. Small babies, big numbers: global estimates of preterm birth. *Lancet Glob Health* 2019;7:e2–3.
- 5.-Baqui A, Ahmed S, Begum N, et al. Impact of integrating a postpartum family planning program into a community-based maternal and newborn health program on birth spacing and preterm birth in rural Bangladesh. *J Glob Health* 2018;8:020406.
- 6.-Martin J, Hamilton BE, Osterman M, et al. Births: Final data for 2016. *Nati Vital Stat Rep.* 2018;67:1–55.
- 7.-Ruiz M, Goldblatt P, Morrison J, et al. Mother's education and the risk of preterm and small for gestational age birth: A DRIVERS meta-analysis of 12 European cohorts. *J Epidemiol Commun Health.* 2015;69:826–833.
- 8.-Cobo T. Risk factors for spontaneous preterm delivery. *Int J Gynecol Obstet* 2020;148:17–23.
- 9.-Liu L, Oza S, Hogan D, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–15: An updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet.* 2016;388:3027–3035.

- 10.-Wudie F. Determinants of preterm delivery in the central zone of Tigray, northern Ethiopia: A case-control study. *South African Journal of Child Health* 2019; 13(3): 108-114.
- 11.-Kuppusamy N, Vidhyadevi A. Prevalence of preterm admissions and the risk factors of preterm labor in rural Medical College Hospital. *Int J Sci Stud*. 2016;4(9):125–128.
- 12.-Soundarajan P, Muthuramu P, Veerapandi M, Mariappan R. Retrospective study factors related to preterm birth in Government Raja Mirasudar hospital and obstetric and perinatal outcome. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. 2017;5(9):3006–3010.
- 13.-Campbell EE, Gilliland J, Dworatzek PDN, de Vrijer B, Penava D, Seabrook JA. Socioeconomic status and adverse birth outcomes: a population-based Canadian sample. *J Biosoc Sci*. 2018;50 (1):102–113.
- 14.-Smith A, Twynstra J, Seabrook JA. Antenatal depression and offspring health outcomes. *Obstet Med*. 2020;13(2):55–61.
- 15.-Wong SPW, Twynstra J, Gilliland JA, Cook JL, Seabrook JA. Risk factors and birth outcomes associated with teenage pregnancy: a Canadian sample. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2020;33 (2):153–159.
- 16.-Mathew SM, Kumar A. A prospective analysis of the risk factors and the perinatal Outcome of preterm labour. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. 2018;7(12):4833–4839.
- 17.-Mahajan A, Magon S. Study of risk factors for preterm births in a teaching hospital: a prospective study. *Int J MedDental Sci*. 2017;6 (1):1407–1424.
- 18.-Kusum, Anantbir SL, Harbhajan KS, Amritpal K. A study of evaluation of etiological factors of preterm labour in a tertiary hospital. *Sch J App Med Sci*. 2017;5(2B):396–400.

- 19.-Garg S, Kaur T, Saran AS, Yadav M. A study of etiology and outcome of preterm birth at a tertiary care centre. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2017;6(10):4488.
- 20.-Jamal S, Srivastava R. A retrospective analytical study of the epidemiology and causes of preterm birth. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2017;6(12):5453–5457.
- 21.-Shetty MB, M KB, Malyala M, Swarup A, Pathadan DS, Pocha S. Preterm birth: associated risk factors and outcome in tertiary care center. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2017;6 (8):3271–3274.
- 22.-Charbonneau KD, Seabrook JA. Adverse birth outcomes associated with types of eating disorders: a review. *Can J Diet Pract Res.* 2019;80(3):131–136.
- 23.-Elliott K. Modern dietary guidelines for healthy pregnancy; maximising maternal and foetal outcomes and limiting excessive gestational weight gain. *Eur. J. Sport Sci.* 2018; 19: 62–70.
- 24.-Cena H. Nutrition in Pregnancy: Three crucial periods for mothers and newborns. *Ital. J. Gynaecol. Obstetrics* 2018; 30: 27–37.
- 25.-Mingot D. Epigenetic effects of the pregnancy Mediterranean diet adherence on the offspring metabolic syndrome markers. *J. Physiol. Biochem.* 2017; 73: 495–510.
- 26.-DeFranco E, Moravec W, Xu F, Hall E, Hossain M, Haynes EN, et al. Exposure to airborne particulate matter during pregnancy is associated with preterm birth: A population-based cohort study. *Environ Health* 2016;15:6
- 27.-Jensen T, Daniels JL, Stürmer T, Robinson WR, Williams CJ, Vejrup K. Hormonal contraceptive use before and after conception in relation to preterm birth and small for gestational age: An observational cohort study. *BJOG* 2017;122:1349-61.

- 28.-Martin CL, Stores-Alvarez D, Sieqa-Riz AM. Maternal dietary patterns during the second trimester are associated with preterm birth. *J Nutr* 2016;145:1857-64.
- 29.-Kumar S. Occupational, Environmental, and Lifestyle Factors and their Contribution to Preterm Birth – An Overview. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2017; 21(1): 9
- 30.-Takami M., Effects of physical activity during pregnancy on preterm delivery and mode of delivery: The Japan Environment and Children’s Study, birth cohort study. *PLoS One*, 2018; 13(10): 0206160.
- 31.-Sanda B. What is the effect of physical activity on duration and mode of delivery? Secondary analysis from the Norwegian Fit for Delivery trial. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica* 2018; 97(7): 861-871.
- 32.-Aune D. Physical activity and the risk of preterm birth: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2017; 124(12): 1816-1826.
- 33.-Chuxao S. Association between maternal lifestyle factors and low birth weight in preterm and term births: a case-control study. *Reproductive Health* 2020; 17(1).
- 34.-Lofty S. Maternal Lifestyle and Behavioral Factors Affect Risk of Spontaneous Preterm Birth. *American Journal of Nursing Science* 2019; 8(3):115
- 35.-Englund L. Maternal dietary patterns and preterm delivery: results from large prospective cohort study. *Bmj* 2015; 348: 1446.
- 36.-Kamali M. The effect of lifestyle on the rate of preterm birth. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences* 2010; 10(1): 55-63.

37.-Ramos H. Estilos de vida y su influencia sobre el estado nutricional en escolares adolescentes de la institución educativa técnico industrial San Miguel Achaya – 2017. Tesis. Universidad Nacional del Altiplano. Puno, Perú. 2017.

38.-González A. Generalidades de los estudios de casos y controles. Acta pediátrica de México 2018; 39(1): 72-80.

39.-Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2011.

40.-Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perú: 20 de julio de 2012.

ANEXO

ANEXO 1:

Asociación entre estilo de vida no saludable y parto pretermino en gestantes del Hospital Regional de Loreto

PROTOCOLO DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha..... N°.....

I. DATOS GENERALES:

1.1. Número de historia clínica: _____

1.2 Procedencia: _____

1.3. Edad materna: _____

1.4 Edad gestacional: _____

1.5 Índice de masa corporal: _____

1.6 Multiparidad: Si () No ()

II: VARIABLE EFECTO:

Puntaje del Cuestionario de estilos de vida: _____

Estilo de vida: Saludable () No saludable ()

III: VARIABLE RESULTADO:

Edad gestacional: _____

Parto pretermino: Si () No ()

ANEXO 2: CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA

Enunciado		ESCALA			
		Nunca	A veces	Frecuente	Siempre
Alimentación y nutrición					
1	Desayunas todos los días.	0	1	2	3
2	Almuerzas todos los días.	0	1	2	3
3	Cenas todos los días.	0	1	2	3
4	Acostumbras comer 1 o 2 refrigerios al día (media mañana o media tarde)	0	1	2	3
5	Tomas entre 6 – 8 vasos de agua pura al día.	0	1	2	3
6	Tomas más de 1 vaso de gaseosa al día.	3	2	1	0
7	Consumes dulces, helados, pasteles, snack, galletas a diario.	3	2	1	0
8	Consumes 2 – 3 frutas distintas al día.	0	1	2	3
9	Consumes carnes y/o pescados, al menos 2 veces por semana.	0	1	2	3
10	Su alimentación incluye embutidos o alimentos procesados.	3	2	1	0
11	Limitas el consumo de comidas ricas en grasas y frituras.	0	1	2	3
12	Tomas refrescos o jugos embotellados.	3	2	1	0
13	Mantienes horarios ordenados para tu alimentación.	0	1	2	3
14	Comes frente a la TV, computadora o leyendo.	3	2	1	0
15	Te tomas tiempo para comer y masticar tus alimentos.	0	1	2	3
16	Cuando estas triste, aburrido o sin hacer mucho, te da por comer.	3	2	1	0
17	Consumes leche o productos lácteos a diario.	0	1	2	3
18	Consumes cereales (arroz, fideos, trigo, pan, etc) a diario	0	1	2	3
19	Consumes vegetales (en ensaladas, guisos, sopas) a diario	0	1	2	3
20	Sueles leer las etiquetas de las comidas envasadas para identificar sus ingredientes e información nutricional.	0	1	2	3
SUB TOTAL					
Recreación y manejo del tiempo libre		Nunca	A veces	Frecuente	Siempre

21	Incluyes momentos de descanso en tu rutina diaria.	0	1	2	3
22	Destinas parte de tu tiempo libre a actividades académicas y/o laborales.	3	2	1	0
23	En tu tiempo libre realizas actividades de recreación. (leer, pasear, bailar, escuchar música, nadar, montar bicicleta)	0	1	2	3
24	Ves TV y/o estas frente a la Computadora 2 o más horas al día.	3	2	1	0
25	Compartes tu tiempo libre con tu familia y/o amigos.	0	1	2	3
26	En tu tiempo libre prefieres ver TV, el internet, video juegos.	0	1	2	3
SUB TOTAL					
Consumo de sustancias nocivas		Nunca	A veces	Frecuente	Siempre
27	Evitas el consumo de algún tipo de bebida alcohólica (cerveza, licor, ron).	3	2	1	0
28	Sueles fumar y/o consumir drogas.	3	2	1	0
29	Consumes alguna bebida alcohólica en situaciones de angustia o problemas	3	2	1	0
30	Dices "NO" cuando te ofrecen alcohol o cigarrillos.	0	1	2	3
31	Consumes más de 3 tazas de café al día.	3	2	1	0
32	Consumes 1 o más coca cola al día.	3	2	1	0
33	Te sueles auto medicar cuando estas enfermo.	3	2	1	0
SUB TOTAL					
Sueño y descanso		Nunca	A veces	Frecuente	Siempre
34	Duermes entre 7 – 8 horas diarias.	0	1	2	3
35	Te da sueño durante el día.	3	2	1	0
36	Sueles trasnocharte por trabajo o tareas.	3	2	1	0
37	Te es difícil conciliar el sueño.	3	2	1	0
38	Tienes horario para ir a dormir y para levantarte	0	1	2	3
39	Al terminar la jornada escolar, te encuentras cansado (a).	3	2	1	0
40	Duermes bien y te levantas descansado	0	1	2	3
41	Te levantas con la sensación de una noche mal dormida	3	2	1	0
SUB TOTAL					
Actividad física y deporte		Nunca	A veces	Frecuente	Siempre
42	Fuera del colegio realizas algún deporte y/o actividad física por mínimo 30 minutos.	0	1	2	3
43	Practicar ejercicio de relajación (meditación, yoga, taichi)	0	1	2	3
44	Practicar ejercicio físico bajo supervisión – entrenamiento	0	1	2	3
45	Caminas por lo menos 15 minutos al día.	0	1	2	3
46	En el recreo practicas algún deporte.	0	1	2	3
SUB TOTAL					
Autocuidado y salud		Nunca	A veces	Frecuente	Siempre
47	Usas protector solar al salir de casa (gorro, bloqueador, sombrero)	0	1	2	3

48	Te automedicar y/o acudes a la farmacia en caso de enfermedad.	0	1	2	3
49	Realizas un chequeo médico al menos 1 vez al año.	0	1	2	3
50	Obedeces las leyes de tránsito, sea peatón, conductor o pasajero.	0	1	2	3
51	Tomas medidas preventivas para evitar riesgos en tus labores diarias y/o al realizar actividad física	0	1	2	3
52	Te lavas las manos luego de jugar, ir al baño, para ir a comer.	0	1	2	3
53	Te cepillas los dientes entre 2 – 3 veces al día	0	1	2	3
54	Tomas medicamentos solo prescritos por el médico.	0	1	2	3
Relaciones interpersonales		Nunca	A veces	Frecuente	Siempre
55	Tengo con quien hablar de las cosas importantes para mí.	0	1	2	3
56	Sueles decir buenos días, gracias, perdón.	0	1	2	3
57	Tienes apoyo afectivo de parte de tu familia	0	1	2	3
58	Sales a jugar al parque, patio con otros niños o compañeros.	0	1	2	3
59	Compartes tiempo con tus padres y/o hermanos. (familia)	0	1	2	3
60	Compartes tiempo con tus amigos fuera del colegio.	0	1	2	3
61	Sueles sentirte solo, deprimido.	3	2	1	0
SUB TOTAL					
TOTAL					