



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

**Estudio de factores sociodemográficos y maternos en el parto prematuro**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**Médico Cirujano**

**AUTORA:**

Taboada Centeno, Esmir Magali ([orcid.org/0000-0001-9157-9342](https://orcid.org/0000-0001-9157-9342))

**ASESOR:**

Mg. Quiñones Cerna, Claudio Eduardo ([orcid.org/0000-0002-9703-974X](https://orcid.org/0000-0002-9703-974X))

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Salud Materna

**LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:**

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria.

**TRUJILLO - PERÚ**

**2023**

## **Dedicatoria**

Dedicada a mi familia que siempre me acompaña en cada logro o derrota. Por enseñarme valores para ser una mejor persona y tener plena confianza en Dios para afrontar los retos de la vida y lograr el objetivo de culminar mi carrera universitaria.

A mis amigos que siempre están presentes para brindarme su ayuda y buenos deseos.

## **Agradecimiento**

A Dios, que siempre me acompaña y me da fortaleza para seguir adelante.

A mi familia Carmen, Luzgardo, Fary y Linette por su apoyo incondicional en el transcurso de mi formación profesional.

A mi asesor Dr. Quiñones Cerna por su apoyo incondicional para la culminación del presente trabajo de investigación.

A los docentes que contribuyeron en mi educación profesional.

A todas las personas que contribuyeron a concretar la presente investigación.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>Carátula</b>	
<b>Dedicatoria.....</b>	<b>ii</b>
<b>Agradecimiento .....</b>	<b>iii</b>
<b>Índice de contenido.....</b>	<b>iv</b>
<b>Índice de tablas .....</b>	<b>v</b>
<b>Índice de gráficos y figuras .....</b>	<b>vi</b>
<b>Resumen .....</b>	<b>vii</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>viii</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>II. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>2</b>
<b>III. METODOLOGÍA .....</b>	<b>6</b>
<b>3.1 Tipo y diseño de investigación.....</b>	<b>6</b>
<b>3.2 Variables y operacionalización: .....</b>	<b>6</b>
<b>3.3 Población, muestra y muestreo:.....</b>	<b>6</b>
<b>3.4 Técnica e instrumento de recolección de datos .....</b>	<b>8</b>
<b>3.5 Métodos de análisis de datos: .....</b>	<b>9</b>
<b>3.6 Aspecto ético: .....</b>	<b>9</b>
<b>IV. RESULTADOS .....</b>	<b>10</b>
<b>V. DISCUSIÓN .....</b>	<b>14</b>
<b>VI. CONCLUSIONES .....</b>	<b>16</b>
<b>VII. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>17</b>
<b>REFERENCIAS: .....</b>	<b>18</b>
<b>ANEXOS</b>	

## Índice de tablas

**Tabla 1.** Análisis bivariado entre los factores sociodemográficos y los factores maternos

## Índice de gráficos y figuras

**Figura 1.** Distribución de factores sociodemográficos: A) Edades, B) Nivel de educación, C) Estado de convivencia y C) Ocupación

**Figura 2.** Distribución de factores maternos: A) Antecedentes de Parto Pretérmino, B) Complicaciones Durante el Embarazo y C) Semana de gestación

## Resumen

El objetivo planteado de este estudio fue determinar factores de riesgo asociados al parto pre término en puérperas atendidas en un hospital de Tumbes entre enero a noviembre. La metodología aplicada fue un diseño transversal, retrospectivo de casos y controles. La muestra fueron todas las puérperas encontradas en el periodo enero a noviembre que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, consto de 114 puérperas, 57 casos y 57 controles. Se empleó la técnica de análisis y revisión de historias clínicas. El instrumento de recolección de datos fue elaborado por el investigador. Los resultados muestran que un 16.1% de parto prematuro ocurrió en menores de 18 años y 83.9% casos de parto prematuro en mayores de 18 años, factores sociodemográficos: nivel educativo, 26 casos con educación primaria, 78.6% casos con estado civil conviviente, 44 casos de ocupación ama de casa. En cuanto a factores maternos un 50% sin antecedente de parto prematuro. Después de realizar el análisis bivariado entre los factores sociodemográficos y los factores maternos, las pruebas de Chi-cuadrado: No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la Edad y los Antecedentes de Parto Pre término ni con las Complicaciones Durante el Embarazo, después de ajustar los valores p usando la corrección de Bonferroni. La relación entre el Grado de instrucción y los Antecedentes de Parto Pre término mostró una significancia estadística marginal ( $p$ -valor ajustado = 0.1596), lo que sugiere que podría haber una asociación que merece más estudio.

**Palabras clave:** Factores sociodemográficos, factores maternos, parto prematuro.

## **Abstract**

The objective of this study was to identify risk factors associated with preterm birth among postpartum women receiving care at a hospital in Tumbes from January to November. The methodology employed utilized a cross-sectional, retrospective case-control design. The sample comprised all postpartum women encountered during the specified period who met the inclusion and exclusion criteria, totaling 114 individuals—57 cases and 57 controls. The analysis involved the examination and review of medical records, and the data collection instrument was developed by the researcher. The results show that 16.1% of premature births occurred under 18 years of age and 83.9% cases of premature birth in over 18 years of age. Sociodemographic factors: educational level, 26 cases with primary education, 78.6% cases with cohabiting marital status, 44 cases of housewife occupation. Regarding maternal factors, 50% had no history of premature birth. After performing the bivariate analysis between the sociodemographic factors and the maternal factors, the Chi square tests: No statistically significant association was found between Age and History of Preterm Birth or with complications during pregnancy, after adjusting the values p using the Bonferroni correction. The relationship between Educational Level and History of Preterm Birth showed marginal statistical significance (adjusted p-value = 0.1596), suggesting that there could be an association that deserves further study.

**Keywords:** Sociodemographic factors, maternal factors, preterm birth



## I. INTRODUCCIÓN

El parto pre término según la OMS es clasificado como extremadamente prematuro cuando ocurre en menos de 28 semanas, muy prematuro entre 28 a 31 semanas y moderado-tardío cuando ocurre a las 32 semanas. El parto prematuro(PP) ocurre por múltiples factores etiológicos y causa 1 millón de muertes cada año, convirtiéndose en la principal causa de mortalidad infantil en menores de 5 años a nivel mundial. (1)

El parto prematuro es el que ocurre antes de las 37 semanas de gestación, anualmente nacen 15 millones de niños prematuros, con una tasa global de nacimientos prematuros del 11%, con 1 millón de niños que fallecen antes de cumplir los 5 años producto de un parto prematuro (2)

En Perú al 2022, la tasa de prevalencia de PP fue del 6,86 % y 25933 nacimientos por PP, ENDES 2022 informo nacimientos antes de las 37 semanas de gestación en un 21,8% de los casos, con mayor frecuencia en zona urbana (24,2%), área rural (14,6%). En Tumbes al 2022 la prevalencia de prematuridad fue del 7,1%. El porcentaje de PP aumenta si incrementa el nivel de educación de la madre, pasando de 17,1% en aquellas o aquellos de madres con educación primaria o menos a 25,1% para las hijas e hijos de madres con educación superior. (3)(4)

Los factores de riesgo más conocidos son el parto prematuro previo, la infección materno-infantil, enfermedad cervical, sobredistensión uterina, estrés y trastornos de la placenta. Las infecciones materno-fetales contribuyen al 30% -40% de los nacimientos prematuros. Los principales factores de riesgo son anemia materna (13,1%), vaginosis bacteriana (9,5%), hipertensión crónica (4,9%), edad materna >35 años y paridad >3 (3,3%). (3), los casos con desprendimiento prematuro de placenta, oligohidramnios o hidramnios ocurrieron tanto en embarazos control como prematuros, y fueron similares en ambos grupos ( $P > 0,05$  para todos).(4)

## II. MARCO TEÓRICO

En un estudio en China: estudio sobre 1328 controles de parto a término y 1328 casos de parto prematuro (PP). Las mujeres menores de 20 años, en comparación con las de 25 y 29 años, tuvieron un riesgo 6,63 veces mayor de PP (IC 95%: 2,22, 19,82), una mayor edad materna fue asociada con un riesgo 4,47 veces mayor de PP (OR = 4,47, IC 95%: 3,27, 6,13). En el grupo de prematuros un embarazo previo o PP previo resulto significativamente mayor que en el grupo de control ( $p = 0,000$ ). En cuanto a los abortos previos como antecedente materno fue significativamente más frecuente en el grupo de prematuros ( $P = 0,000$ ). (5)

En un estudio en EEUU tipo caso control con población obtenida del Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (NVSS) entre 2018 y 2019, utilizo el análisis de regresión logística univariada y multivariada para encontrar factores asociados con el PP como : La edad  $\geq 35$  años (OR de 1.27; IC 95%, 1,26-1,29), raza negra (OR = 1,26; IC95%, 1,23-1,29), bajo peso antes del embarazo (OR = 1,26; IC95%, 1,22-1,30), tabaquismo durante el embarazo (OR = 1,27; IC95%, 1,24-1,30), diabetes antes del embarazo (OR = 2,08; IC95%, 1,99-2,16), hipertensión antes del embarazo (OR = 2,22; IC 95%, 2,16-2,29), parto prematuro previo (OR = 2,95; IC 95%, 2,88-3,01) y pluralidad (OR = 12,99; IC 95%, 12,73-13,24) se relacionaron con un mayor riesgo de PP.(6)

El estudio: “Riesgo de parto prematuro en relación con la historia de parto prematuro” realizado en Noruega: basado en la población de 213 335, encontró un aumento de 20 veces probable un segundo parto muy prematuro entre las mujeres con primeros partos extremadamente prematuros (OR 19,87, IC del 95 %: 11,91–26,48), un aumento de 14 veces en las probabilidades de mujeres con primeros partos muy prematuros (OR 13,92, IC del 95 % 11,85–16,35) y un aumento de cinco veces en las probabilidades de mujeres con primeros partos prematuros tardíos (OR 4,97, IC del 95 % 4,30–5,74) .(7)

En un estudio en Colombia sobre factores de riesgo de PP: la incidencia para PP fue 10.40% (IC95%: 7.60-13.20), la preeclampsia severa, con un (RR) de 7.47 (IC95%: 4.59-11.95); preeclampsia (severa y no severa), con un RR=5.05 (IC95%:

3.0-8.51), y RCIU, con un RR=4.40 (IC95%: 2.44-7.98) como factores de riesgo más significativos .(8)

En un estudio en Perú concluyeron que la frecuencia de exposición al factor: IMC pregestacional mayor e igual a 25 kg/m<sup>2</sup> fue mayor en las madres con PP en comparación con las de parto a término(PT) (59,4 y 38,4 %; p = 0,021). Además, el número de PT previo fue menor en mujeres con PP (0,3 y 6,3 %; p = 0,027). La presencia de dichos factores demostró ser un riesgo significativo para la aparición de esa complicación (OR > 1) (9)

En un estudio en Perú con población de 180 gestantes entre 10 a 19 años de edad , con 60 casos y 120 controles encontraron factores asociados con PP : Anemia (OR: 2,07; IC 95%= 1,07 - 4,0; p= 0,03), Infección Urinaria (OR: 3,86; IC 95%= 1,50 - 9,89; p= 0,005) y preeclampsia (con OR: 3,714; IC 95%=1,12 - 12,30; p= 0,032), se asociaron con un mayor riesgo de PP ; no hubo asociación estadísticamente significativa con la infección vaginal (OR: 2,11; IC 95%= 0,65 - 6,85; p= 0,205) y ruptura prematura de membranas (OR: 1,26; IC 95%= 0,60 - 2,63; p= 0,526). (10)

En un estudio en Perú (2019) en el Hospital “Sergio E. Bernales” con 50 casos y 100 controles, para determinar” los factores asociados a parto pretérmino” encontraron: factores más significativos: el control pre natal inadecuado con un OR de 4,89 e IC 95% de 2,36 a 10,14, el antecedente de aborto con un OR de 2,66 (IC 95%: 1,32 a 5,36), el periodo intergenésico corto con un OR de 3,16 (IC 95%: 1,4 a 7,13), la vaginosis bacteriana con un OR 8,68 (IC al 95%: 3,98 a 24,81).(11)

La prematuridad ocasiona complicaciones a corto plazo: problemas respiratorios, enterocolitis necrotizante, sepsis, problemas neurológicos, dificultad para alimentarse. También, discapacidad motora, visual y auditiva (11)

La prematuridad a largo plazo ocasiona discapacidad intelectual, parálisis cerebral, ceguera, y sordera de los recién nacidos en el límite de la viabilidad que luego influirán en su calidad de vida. Los grados más leves de discapacidad que involucran la cognición, el comportamiento y el aprendizaje son cada vez más reconocidos en los niños prematuros (13)

Los factores desencadenantes asociados al PP son de tipo materno (hipertensión inducida por el embarazo, preeclampsia, acortamiento del cuello uterino y enfermedades autoinmunes), neonatales (anomalía congénita) y ambientales. (exposición a intoxicación por metales pesados, déficit de micronutrientes esenciales, técnicas de reproducción asistida, etc ) (14)

En un estudio encontraron que los antecedentes de conización (OR 37,5, IC del 95 % 2,3–607,1), longitud cervical menor a 25 mm a las 28 semanas de gestación (OR 9,31, IC del 95 % 1,8–49,3) y sangrado durante el segundo trimestre (OR 3,4, IC del 95 % 1,2–9,5) están fuertemente asociados con la aparición de parto pre término (15)

Investigar cuales son los factores del parto pre término es un objetivo de la estrategia global de la OMS para reducir la muerte neonatal en las naciones unidas.

El objetivo del proyecto de investigación es determinar los factores de riesgo que originan el parto prematuro e identificándolos ayuden a evitar nacimientos prematuros y las complicaciones en los recién nacidos a futuro.

En el embarazo temprano, ocurren varios cambios fisiológicos y metabólicos como resultado del metabolismo endocrino e inmunológico. La micro biota controla el mecanismo fisiológico y metabólico de la homeostasis del huésped y la disbiosis de la homeostasis microbiana materna desregula el mecanismo de los procesos de desarrollo fetal, afectando directamente el resultado del nacimiento (16,17)

Las investigaciones revelan que la desregulación multifactorial mediada por un mecanismo molecular complejo en las membranas maternas o fetales estimula las citosinas inflamatorias, lo que puede hacer progresar positivamente el parto prematuro.

las señales inflamatorias inducidas por microbios que surgen de la infección del tracto urinario, las infecciones de transmisión sexual, incluida la tricomoniasis o la vaginosis bacteriana, son los principales factores que contribuyen al parto pre término. (17)

La disbiosis en bacterias Gram-negativas actúa como un inductor del parto pre término duplicando su riesgo, al inicio del embarazo el aumento de la microbiota patógena (*Gardnerella*, *Ureaplasma*, *Closteridium*, *Provetella*, *Mycoplasma*) proporciona colonización permisible y firmas metabólicas de vaginosis bacteriana (17)

La activación de reacciones inflamatorias en los tejidos gestacionales, la secreción de citocinas inflamatorias como respuesta inmune a la infección ascendente del tracto genital y la composición microbiana patógena. Más específicamente, las señales inflamatorias inducidas por microbios que surgen de la infección del tracto urinario, las infecciones de transmisión sexual, incluida la tricomoniasis o la VB, son los principales factores que contribuyen al parto prematuro (16,18)

La colonización permisible por patógenos asociados con la vaginosis bacteriana (VB) induce la secreción de citocinas proinflamatorias en las células epiteliales vaginales, Reducir el lactato está asociado con BV, mientras que el succinato actúa como una molécula inmunomoduladora (16,18)

La VB considerada como riesgo por acción de enzimas hidrolíticas producidas por microorganismos responsables como *mobiluncus* spp, enzimas capaces de producir degradación de la mucosidad vaginal produciendo colonización por bacterias productoras de VB causando el parto prematuro, aborto espontáneo, parto prematuro, muerte fetal, bajo peso al nacer, corioamnionitis, endometritis posparto. (20) (21)

La infección urinaria causada por alteraciones anatómicas y fisiológicas del sistema urinario causando hidronefrosis, reflujo vesico-ureteral, cambios fisicoquímicos de la orina, cambios hormonales (aumento de progesterona), disminución del tono muscular, uretral, ocasionando la estasis de la orina que favorecerá la proliferación bacteriana (22)

En cuanto a los agentes etiológicos el más representativo: *E. Coli* (75 – 90% de las infecciones), *Klebsiella* spp, *Proteus mirabilis* (10 – 13%), *Enterobacter* spp (3%), *Citrobacter* spp., *Serratia* spp. y *Pseudomonas* spp. (1-2%) y los Gram positivos: *Streptococcus agalactiae* (5%) y el *Staphylococcus saprophyticus* (<1%). (23)

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1 Tipo y diseño de investigación

El estudio es de tipo descriptivo con un enfoque cuantitativo y nivel analítico.

#### 3.2 Variables y operacionalización: ver anexo 1

#### 3.3 Población, muestra y muestreo:

La población de este estudio estuvo constituida por todas las puérperas atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Tumbes durante el periodo enero a noviembre del 2023.

#### Criterios de Selección:

**Casos:** puérperas que tuvieron gestación > 20 semanas y < 37 semanas atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Tumbes durante enero a noviembre del año 2023.

**Controles:** puérperas que tuvieron gestación > 37 y < 42 semanas atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Hospital Regional de Tumbes JAMO II 2 desde enero a noviembre del 2023

#### Criterios de Inclusión:

Puérperas que tuvieron gestación > 20 semanas y < 37 semanas atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Tumbes durante enero a noviembre del año 2023.

#### Criterios de Exclusión:

- Pacientes con historia clínica incompleta para el seguimiento del estudio.
- Óbitos fetales
- Embarazos múltiples
- Pacientes con diagnóstico de neoplasias.

**Muestra:** estuvo comprendido por todos los individuos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

**Unidad de Muestreo:**

Muestreo probabilístico aleatorio simple.

**Tamaño Muestral:**

Primero se procedió a calcular la frecuencia de exposición entre los casos

(p1), lo cual se realizó mediante la siguiente fórmula:

$$p_1 = \frac{w \cdot p_2}{(1 - p_2) + w \cdot p_2}$$

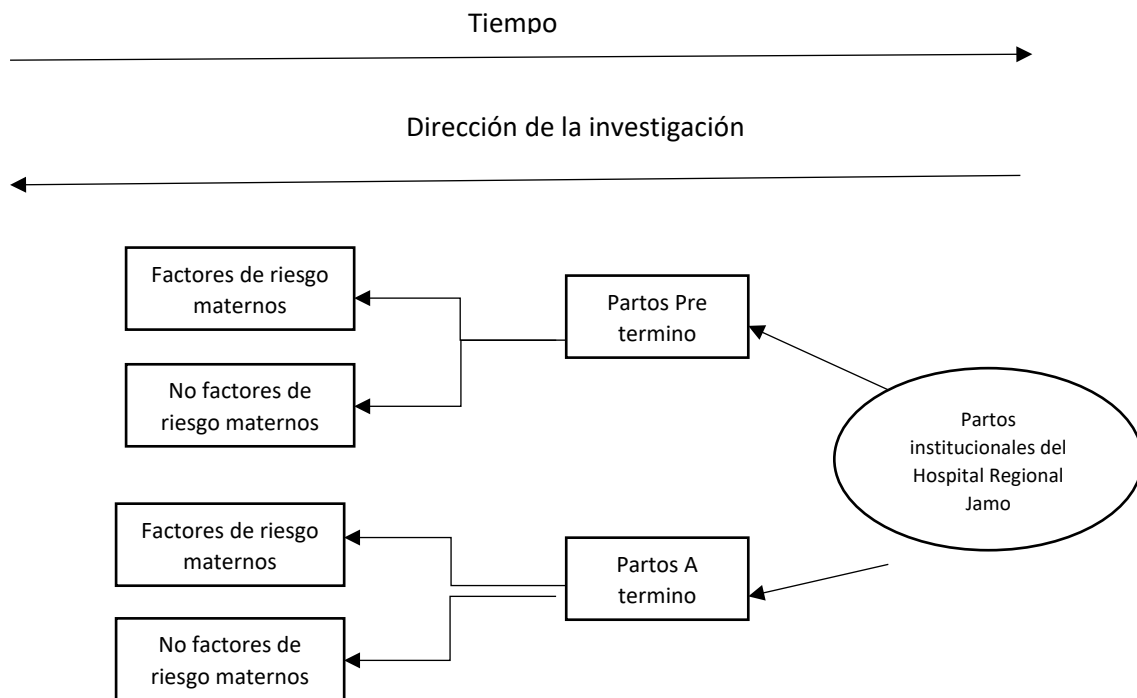
Siendo:

- p1 : frecuencia de exposición entre los casos.
- w : odds ratio.
- p2 : probabilidad de exposición entre los controles.

$$n = \frac{\left( Z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{2 \cdot p \cdot (1-p)} + Z_{1-\beta} \sqrt{p_1 \cdot (1-p_1) + p_2 \cdot (1-p_2)} \right)^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Donde:

- $Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$  : 1,96 que equivale a una probabilidad de error tipo alfa de 5 %.
- $Z_{1-\beta}$  : 0,84 que equivale a una probabilidad de error beta de 20 %.
- $p = (p_1 + p_2) / 2$



### 3.4 Técnica e instrumento de recolección de datos

#### Técnica

La técnica para recolectar datos se orientará en examinar historias clínicas para recolectar datos de acuerdo al objetivo planteado, por lo que se pedirá permiso pertinente al Hospital JAMO II 2 Tumbes para recolectar los datos en la ficha de recolección de datos de puérperas que se atendieron en el servicio Gineco – Obstetricia durante enero a noviembre del 2023.

#### Instrumento

El instrumento a utilizar será la ficha de recolección de datos elaborada por el investigador en la que se plasmará información de las historias clínicas encontradas en las fechas indicadas en el servicio Gineco – Obstetricia con el propósito de determinar los factores asociados al parto pretérmino. **Anexo 1**



Los pacientes a estudiar se seleccionaran mediante el cálculo de una muestra en relación a criterios de inclusión planteados, para obtener una primera base de datos en el programa Microsoft Excel que luego será trasladada al programa SPSS versión 24 para determinar estadísticos descriptivos para la posterior interpretación de los resultados y conclusiones pertinentes.

### **3.5 Métodos de análisis de datos:**

**Unidad de Análisis:** las historias clínicas de puérperas cuyo parto fue atendido en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Tumbes JAMO II 2 desde 1° de enero al 30 de noviembre del 2023 y que cumplan con los criterios de selección establecidos. La cantidad de puérperas por parto prematuro atendidas en el servicio de ginecología es de 5 por mes según información de estadística del Hospital, por lo tanto, en 11 meses la captación será un promedio de 55 puérperas que será la muestra a considerar.

### **3.6 Aspecto ético:**

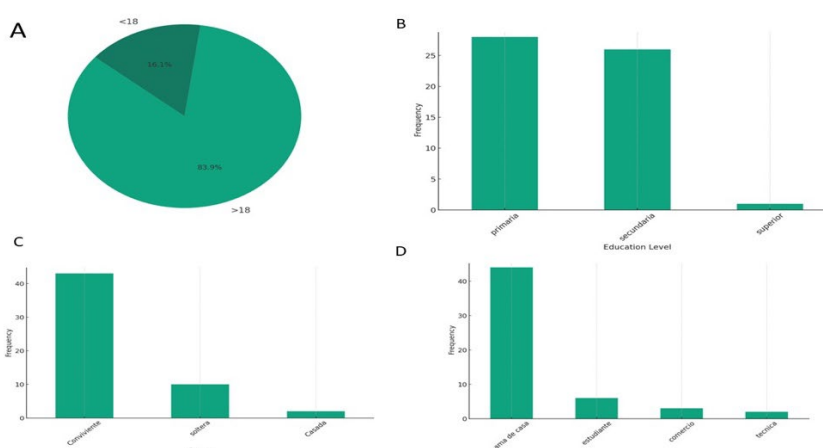
La investigación garantizó el adecuado manejo de los registros obtenidos, respetando en todo momento la confidencialidad de estos. Se cumplió rigurosamente los principios éticos detallados en la declaración de Helsinki, así como la Ley de Protección de Datos Personales. (29,30)

Se respetaron los principios éticos en todo momento salvaguardando la integridad, anonimato de la información personal al momento de revisar las historias clínicas de las puérperas, los datos fueron usados responsablemente en pro de investigar sobre los factores asociados al parto prematuro.

#### IV. RESULTADOS

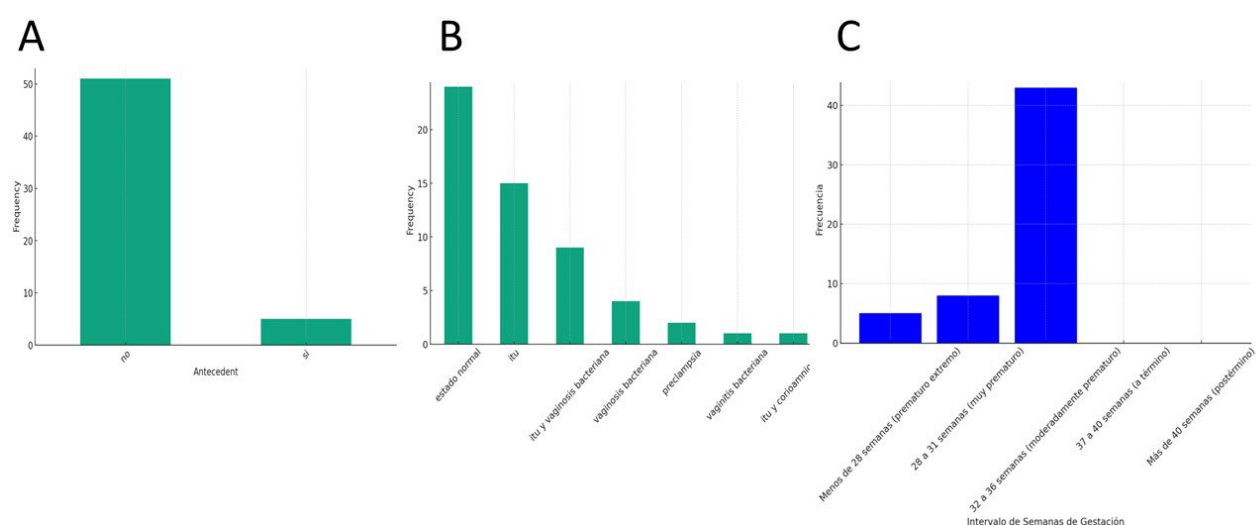
La muestra recolectada fueron 114 pacientes de los cuales se recolectó datos de sus Historias clínicas, encontrándose 9 casos de menores de 18 años con parto prematuro y 48 casos de parto prematuro en mayores de 18 años.

Con un total de 56 registros (Figura 1), de las cuales 47 son mayores de 18 años y 9 son menores de 18 años. Esto se traduce en un 83.9% de la muestra compuesta por individuos mayores de 18 años y un 16.1% por individuos menores de 18 años, lo que sugiere que la población del estudio está predominantemente compuesta por mujeres adultas jóvenes. En cuanto al nivel educativo, el grado de instrucción más común es la educación primaria, presente en 26 casos, lo que refleja posiblemente un nivel de educación relativamente bajo en la población estudiada. El estado civil revela que una gran mayoría de las madres, específicamente el 78.6%, conviven con una pareja, lo que podría indicar un apoyo familiar en estos casos. La ocupación predominante es ser ama de casa, observada en 44 de los casos. Esto podría tener implicaciones sobre el estilo de vida, el acceso a recursos y el apoyo social que estas mujeres reciben durante el embarazo. Desde el punto de vista de los factores maternos, la mayoría de las madres, un 50%, no tienen antecedentes de parto prematuro, lo que podría indicar que los casos de parto prematuro en este estudio podrían estar influenciados principalmente por factores presentes en el embarazo actual más que por historiales personales.



**Figura 1.** Distribución de factores sociodemográficos: A) Edades, B) Nivel de educación, C) Estado de convivencia y C) Ocupación

En relación a las infecciones del tracto urinario (ITU), el estado más reportado es 'Estado normal', encontrado en 21 casos, sugiriendo que más de la mitad de las madres no presentaron ITU durante el embarazo. Finalmente, la semana de gestación en la que más comúnmente ocurrió el parto fue la 36, con 17 casos, lo que está cerca del límite entre un parto prematuro y un parto a término (37 semanas). Esta observación es crucial, ya que refleja que una proporción significativa de los partos en el estudio ocurren justo antes de alcanzar la gestación completa, un detalle importante para comprender mejor los riesgos y las dinámicas del parto prematuro en esta población.



**Figura 2.** Distribución de factores maternos: A) Antecedentes de Parto Pretérmino, B) Complicaciones Durante el Embarazo y C) Semana de gestación

Después de realizar el análisis bivariado entre los factores sociodemográficos y los factores maternos, aquí están los resultados de las pruebas de Chi-cuadrado: No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la Edad y los Antecedentes de Parto Pretérmino ni con las Complicaciones Durante el Embarazo, después de ajustar los valores p usando la corrección de Bonferroni. La relación entre el Grado de instrucción y los Antecedentes de Parto Pretérmino mostró una significancia estadística marginal ( $p$ -valor ajustado = 0.1596), lo que sugiere que podría haber una asociación que merece más estudio.

No se encontró una asociación significativa entre el Grado de instrucción y las Complicaciones Durante el Embarazo después del ajuste. No se encontró una asociación significativa entre el Estado civil y los Antecedentes de Parto Pretérmino ni con las Complicaciones Durante el Embarazo. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la Ocupación y los Antecedentes de Parto Pre término ( $p$ -valor ajustado = 0.000945), así como con las Complicaciones Durante el Embarazo ( $p$ -valor ajustado = 0.02768). Esto indica que hay una relación que debería ser explorada más a fondo.

Es importante destacar que, dado el número de pruebas realizadas, hemos aplicado la corrección de Bonferroni para ajustar los valores  $p$  y controlar el error tipo I. Los valores  $p$  ajustados menores a 0.05 se consideran estadísticamente significativos en este contexto. Los resultados sugieren que ciertas ocupaciones podrían estar asociadas con antecedentes de parto prematuro y complicaciones durante el embarazo, lo que podría ser un área de interés para futuras investigaciones.

**Tabla 1.** Análisis bivariado entre los factores sociodemográficos y los factores maternos

<b>Factores Sociodemográficos</b>	<b>Factores Maternos</b>	<b>Chi2 Statistic</b>	<b>p-value</b>	<b>Adjusted p-value</b>
<b>Edad</b>	Antecedentes de Parto Pretérmino	0.52379 484	0.91363 354	1
	Complicaciones Durante el Embarazo	1.34447 0712	0.96914 9008	1
<b>Grado de instrucción</b>	Antecedentes de Parto Pretérmino	19.6867 3356	0.01994 7226	0.1595778 05
	Complicaciones Durante el Embarazo	17.2726 4957	0.50444 0604	1
<b>Estado civil</b>	Antecedentes de Parto Pretérmino	5.76350 4611	0.76333 4549	1
	Complicaciones Durante el Embarazo	18.8760 3816	0.39949 4109	1
<b>Ocupación</b>	Antecedentes de Parto Pretérmino	38.6956 5217	0.00011 8098	0.0009447 81
	Complicaciones Durante el Embarazo	46.8846 8013	0.00346 0062	0.0276804 97

## V. DISCUSIÓN

La investigación presentó resultados de una investigación sobre los factores relacionados con el parto prematuro. Los hallazgos indicaron que la mayoría de las madres en el estudio no tienen antecedentes de parto prematuro, sugiriendo que los casos estudiados podrían estar más influenciados por factores actuales que por historiales personales. Se observó que más de la mitad de las madres no presentaron infecciones del tracto urinario (ITU) durante el embarazo. Además, se encontró que la semana de gestación más común para el parto fue la 36ª semana. El análisis bivariado entre factores sociodemográficos y maternos reveló ciertas asociaciones, como la ocupación con antecedentes de parto prematuro y complicaciones durante el embarazo. Estos resultados sugieren áreas de interés para futuras investigaciones.

Así mismo, Hidalgo-Lopezosa et al. (26) estudió sobre los factores sociodemográficos asociados al nacimiento prematuro y al bajo peso al nacer. Este estudio de corte transversal utiliza datos de mujeres que dieron a luz en España durante 2015. Se analizaron registros de 331,449 nacimientos, incluyendo tanto partos prematuros como de bajo peso. Los resultados indican una tasa de parto prematuro del 6.7% y una tasa de bajo peso al nacer del 7.3%. Entre los factores sociodemográficos asociados con el parto prematuro se encontraron la edad materna de 19 años o menos, madres inmigrantes, nivel educativo de estudios secundarios y vivir en ciudades grandes. El bajo peso al nacer se relacionó con la edad materna de 19 años o menos y más de 35 años, educación secundaria y madres solteras. Este estudio proporciona información valiosa sobre los factores de riesgo de nacimiento prematuro y bajo peso al nacer en España. La comparación con el presente estudio reveló similitudes y diferencias importantes. Ambos estudios resaltaron la relevancia de los factores sociodemográficos en el parto prematuro, aunque se enfocan en diferentes variables. Mientras que se los autores identifican la edad materna, el estatus de inmigrante y el nivel educativo como factores clave, el otro estudio pone énfasis en la ocupación y las complicaciones durante el embarazo. Estas investigaciones subrayan la complejidad y variedad de factores que influyen en el parto prematuro.

A su vez, López et al. (27) analizaron las tendencias del nacimiento prematuro en Chile entre 1991 y 2008, los resultados indicaron un aumento significativo de los partos prematuros a lo largo del tiempo, especialmente entre 2001 y 2008. Se identificaron cinco grupos de madres con mayor riesgo de parto prematuro, incluyendo madres menores de 18 años, mayores de 38, primíparas, gran multiparidad y aquellas que no viven con una pareja. Este aumento en los partos prematuros afectó a todas las mujeres, incluso aquellas consideradas de "bajo riesgo sociodemográfico". Al comparar con el estudio, se observan puntos de convergencia y divergencia. El estudio chileno se centra en el aumento de los partos prematuros a lo largo del tiempo y su relación con factores como la edad materna y el estado civil, identificando riesgos en grupos específicos. En contraste, los resultados encontrados enfatizan la ocupación y las complicaciones durante el embarazo. Ambos estudios destacan la complejidad y la variedad de factores que influyen en el parto prematuro, pero desde ángulos distintos y en contextos geográficos diferentes.

El estudio de De-Oliveira et al. (28) examinaron factores maternos y neonatales asociados con el parto prematuro en Porto Alegre. Utilizando un diseño de caso-control, se analizaron 19,457 nacimientos en 2012. Se encontraron que la edad materna menor a 19 o mayor a 34 años, la escolaridad materna inadecuada, los embarazos múltiples, la cesárea, un bajo peso al nacer, puntuaciones bajas en el Apgar y cuidado prenatal inadecuado estaban asociados con el parto prematuro. Este estudio resalta la importancia de múltiples factores en el riesgo de parto prematuro. El estudio y la investigación comparten el interés en los factores asociados con el parto prematuro. Sin embargo, el estudio de Porto Alegre amplía la perspectiva, incluyendo factores como la edad materna, la escolaridad, embarazos múltiples, y el tipo de parto. Ambos estudios resaltan la complejidad de esta problemática y la importancia de considerar una gama amplia de factores tanto maternos como neonatales.

## **VI. CONCLUSIONES**

Las conclusiones del estudio destacan que la mayoría de las madres no tenían antecedentes de parto prematuro, indicando que los casos estudiados podrían estar más influenciados por factores actuales que por historiales personales. Se encontró que más de la mitad no presentaron infecciones del tracto urinario durante el embarazo. Además, la semana de gestación más común para el parto fue la 36<sup>a</sup> semana. El análisis bivariado entre factores sociodemográficos y maternos mostró asociaciones significativas, como la ocupación con antecedentes de parto prematuro y complicaciones durante el embarazo. Estos hallazgos sugieren áreas de interés para futuras investigaciones en este campo.



## **VII. RECOMENDACIONES**

Se recomienda enfocar las futuras investigaciones en los factores sociodemográficos y maternos que influyen en el parto prematuro, especialmente en aspectos como la ocupación materna y las complicaciones durante el embarazo. Sería útil investigar más a fondo la relación entre estos factores y el parto prematuro, y considerar intervenciones específicas dirigidas a estos grupos para prevenir o reducir los casos de parto prematuro. Además, se sugiere mejorar el seguimiento y la atención prenatal para identificar y manejar los riesgos de manera temprana.

## REFERENCIAS

1. Nacimientos prematuros [Internet]. [cited 2023 May 17]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
2. Jantsch LB, Canto RT, Melo AM de, Scaburi IR, Andrade ENC de, Neves ET, et al. Factores obstétricos asociados con el nacimiento de bebés prematuros moderados y tardíos. *Enfermería Global*. 2021;20(61):23–58.
3. ENDES, Desarrollo Infantil Temprano en niñas y niños menores de 6 años de edad, [Internet]. [Cited 2023 Dec 17]. Available from: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4570448/Desarrollo%20Infantil%20Temprano%20en%20ni%C3%B1as%20y%20ni%C3%B1os%20menores%20de%206%20a%C3%B1os%20de%20edad%20-%20ENDES%202022.pdf>
4. Jiang M, Mishu MM, Lu D, Yin X. A case control study of risk factors and neonatal outcomes of preterm birth. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2018 Dec; 57(6):814-818. doi: 10.1016/j.tjog.2018.10.008
5. Li Y, Fu X, Guo X, Liang H, Cao D, Shi J. Predicción del nacimiento prematuro materno en los Estados Unidos: un estudio de base de datos de casos y controles. *BMC Pediatr*. 2022 septiembre 14;22(1):547. DOI: 10.1186/S12887-022-03591-W.
6. Bryce E, Gurung S, Tong H, Katz J, Lee AC, Black RE, Walker N. Fracciones atribuibles a la población para los factores de riesgo para los nacimientos prematuros espontáneos en 81 países de ingresos bajos y medios: un análisis sistemático. *J Glob Salud*. 2022 Marzo 26;12:04013. DOI: 10.7189/jogh.12.04013.
7. Tingleff T, Vikanes Å, Räsänen S, Sandvik L, Murzakanova G, Laine K. Risk of preterm birth in relation to history of preterm birth: a population-based registry study of 213 335 women in Norway. *BJOG*. 2022 May;129(6):900-907. doi: 10.1111/1471-0528.17013.
8. Ahumada JS, Barrera AM, Canosa D, Cárdenas L, Uriel M, Ibáñez EA, et al. Factores de riesgo de parto pretérmino en Bogotá D.C., Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2020 Dec;68(4):556–63

9. Tingleff T, Vikanes Å, Räisänen S, Sandvik L, Murzakanova G, Laine K. Risk of preterm birth in relation to history of preterm birth: a population-based registry study of 213 335 women in Norway. *BJOG*. 2022 May 129(6):900-907. doi: 10.1111/1471-0528.17013.
10. Factores de riesgo maternos asociados a parto prematuro en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo año 2018 al 2019, Lima - Perú | *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*. 2022 Oct 13 [cited 2023 May 13]; Available from: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/226>.
11. Factores sociodemográficos en el riesgo de parto prematuro en gestantes del hospital Sergio Bernales en el período de 2019-2020 | *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal* [Internet]. [cited 2023 May 17]. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/314>
12. J.P.Vogel, S. Chawanpaiboon, A.B. Moller, K. Watananirun, M. Bonet, P. Lumbiganon The global epidemiology of preterm birth *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.*, 52 (2018), pp. 3-12 doi: 10.1016/j.bpobgyn.2018.04.003.
13. Jarjour IT. Neurodevelopmental outcome after extreme prematurity: a review of the literature. *Pediatr Neurol*. 2015 Feb;52(2):143-52. doi: 10.1016/j.pediatrneurol.2014.10.027.
14. Lee WL, Chang WH, Wang PH. Risk factors associated with preterm premature rupture of membranes (PPROM). *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2021 Sep; 60(5):805-806. doi: 10.1016/j.tjog.2021.07.0044
15. Samejima T, Yamashita T, Takeda Y, Adachi T. Identifying the associated factors with onset of preterm PROM compared with term PROM - A retrospective cross-sectional study. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2021 Jul 1;60(4):653–657.
16. Ansari A, Bose S, You Y, Park S, Kim Y. Molecular Mechanism of Microbiota Metabolites in Preterm Birth: Pathological and Therapeutic Insights. *Int J Mol Sci*. 2021 Jul 29;22(15):8145. doi: 10.3390/ijms22158145

17. Di Renzo GC, Tosto V, Giardina I. The biological basis and prevention of preterm birth. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2018 Oct;52:13-22. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2018.01.022
18. La prematuridad: Un problema de salud pública | Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. 2023 May 10 [citado 2023]; Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/334>
19. Peelen MJCS, Luef BM, Lamont RF, de Milliano I, Jensen JS, Limpens J, et al. The influence of the vaginal microbiota on preterm birth: A systematic review and recommendations for a minimum dataset for future research. *Placenta*. 2019 Apr 1;79:30–39.
20. Ahmed M, Admassu Ayana D, Abate D. Bacterial Vaginosis and Associated Factors Among Pregnant Women Attending Antenatal Care in Harar City, Eastern Ethiopia. *Infect Drug Resist*. 2022 Jun 16;15:3077–86.
21. Víquez M, Chacón C, Rivera S. Infecciones del tracto urinario en mujeres. *Revista Médica Sinergia*. 2020, 5(5). <https://doi.org/10.31434/rms.v5i5.482>
22. Gonzales CS. Valor Predictivo del Urocultivo en el diagnóstico de las complicaciones obstétricas y neonatales, en gestantes adolescentes y añosas atendidas en el INMP, durante el 2011. *Horiz Med*.
23. Fernández-Ramos MA. Infección del tracto urinario en relación al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, Pueblo Libre, 2019. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*. 2021;6:S31–S31.
24. Toro-Huamanchumo CJ, Barboza JJ, Pinedo-Castillo L, Barros-Sevillano S, Gronerth-Silva JK, Galvez-Díaz N del C, et al. Factores maternos asociados a prematuridad en gestantes de un hospital público de Trujillo, Perú. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*. 2021 Jul;14(3):287–90.
25. Abanto-Bojorquez D, Soto-Tarazona A, Abanto-Bojorquez D, Soto-Tarazona A. Infección del tracto urinario y amenaza de parto pretérmino en gestantes adolescentes de un hospital Peruano. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*. 2020 Jul;20(3):419–24.
26. 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 and Birth* [Internet]. 2019;32(6):e538–43. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.03.014>
27. López PO, Bréart G. Sociodemographic characteristics of mother's population and risk of preterm birth in Chile. *Reprod Health*. 2013;10(1):1–10.
28. De Oliveira LL, Gonçalves A de C, da Costa JSD, Bonilha AL de L. Maternal and neonatal factors related to prematurity. *Rev da Esc Enferm*. 2016;50(3):382–9.
29. Williams JR. The Declaration of Helsinki and public health. *Bulletin of the World Health Organization*. 2008 [Internet]. [Citado el 21 de mayo de 2023]; 86: 650-2. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/bwho/2008.v86n8/650-652/>
30. Diario el peruano. Ley de protección de datos personales. Ley N°29733. 2011 [Internet]. [Citado el 21 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/243470-29733>

## **ANEXOS**

## Anexo 1

### Ficha de recolección de datos

#### Factores Sociodemográficos y Maternos en el Parto Prematuro

<b>Mes:</b>		<b>Año:</b>			
<b>FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS</b>					
1	Edad	<18			
		>18			
		>35			
2	Grado de instrucción	Analfabeta:			
		Primaria:			
		Secundaria			
		superior			
3	Estado Civil	Soltera:		Casada:	
		Conviviente:			
4	Ocupación:	Ama de casa:		Otra ocup:	
5	Antecedente parto pre término	Si:	No:		
	Edad gestacional				
<b>FACTORES MATERNOS</b>					
6	Infección del Tracto urinario	si:		No:	
7	Preclampsia	si:		No:	
8	Vaginosis bacteriana	si:		No:	
8	Corioamnionitis	si:		No:	
10	Parto pre término	si:		No:	
11	Desprendimiento prematuro de placenta	Si:		No:	

## Anexo 2

### Definición operacional de variables:

Dimensiones	Definición operacional	Indicadores	Escala	Instrumento
Características sociodemográficas	Edad: Número de años cumplidos	<b>Edad materna</b>	Ordinal	Ficha de recolección de datos
	Grado de estudios más alto, que concluyó o está en proceso	<b>Grado instrucción</b> Analfabeta Primaria Secundaria Superior	Cualitativa	
	Estado civil	Estado civil Soltera Casada Conviviente		
	Ocupación	Ama de casa otros	Cualitativa	



Características maternas	: Número  de PP (menor a 37 semanas  de gestación) anteriores a la  gestación activa	Antecedente de parto  prematuro	Cualitativa
	Presencia de manifestaciones clínicas además de gérmenes que colonizan el tracto urinario; prueba de ello es un urocultivo positivo	Infección urinaria	Cualitativa
	Enfermedad sistémica que inicia después de las 20 semanas. La presión arterial mayor de 140/90 mmHg, además de proteinuria	Preclamsia	Cualitativa
	Cuando en flora vaginal se produce un desequilibrio, donde gérmenes anaerobios (Gardnerella)	Vaginosis Bacteriana	Cualitativa

	reemplazan a los Lactobacillus)			
	Presencia de gérmenes en el líquido amniótico con manifestaciones clinicoanalíticas para la madre y/o para el feto.	Coriamnionitis	cualitativa	



**Facultad de Ciencias de la Salud**  
Escuela Profesional de Medicina  
Unidad de Investigación

Carta N° 307-2023-UI-EM-FCS-UCV

Trujillo, 13 de octubre de 2023

Señor Doctor  
**CESAR AUGUSTO PALOMINO MAGUIÑA**  
Director Ejecutivo  
Hospital Regional II-2 "JAMO"  
Tumbes



De mi especial consideración.

A través de la presente, le hago llegar mi saludo personal y universitario, a la vez comunicarle que, la alumna del Ciclo XIV del Programa Académico de Medicina de la Universidad César Vallejo **ESMIT MAGALI TABOADA CENTENO**, desea desarrollar su Proyecto de Investigación **Estudio de Factores Maternos en el Parto Prematuro**, en la distinguida institución que usted dirige. El proyecto ha sido aprobado ya por un jurado ad hoc con Resolución Directoral N° 065-2023-UCV-VA-P23-S/DE.

El mencionado proyecto está siendo asesorado por el **Mg. Claudio Eduardo Quiñones Cerna**, quien es docente RENACYT de nuestra Escuela.

En este contexto, solicito a usted, brindar las facilidades del caso a nuestra alumna, para poder recolectar los datos necesarios para el desarrollo de su investigación y posterior elaboración de su Tesis.

Seguro de contar con vuestra anuencia, le reitero mi saludo y consideración

Agradezco su atención a la presente, muy atentamente,



Firmado digitalmente por:  
TRESIERRA AYALA Miguel  
Angel FAU 20131267750 hard  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 15/10/2023 22:47:42-0600

**MIGUEL ANGEL TRESIERRA AYALA**  
Jefe de la Unidad de Investigación

WUC # 627539  
GTA 1885137



PERÚ

MINISTERIO  
DE  
SALUDHOSPITAL REGIONAL  
"JOSE ALFREDO MENDOZA OLAVARRIA"  
JAMO II-2 TUMBESDIRECCIÓN  
EJECUTIVA**"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"**

Tumbes, 08 de Noviembre de 2023.

**OFICIO N° 1782 -2023/GOB.REG.TUMBES-DRST-HR-JAMO-II-2-T-DE**

Señor:

**Dr. MIGUEL ANGEL TRESIERRA AYALA.**

Jefe de la Unidad de Investigación

**UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO.**

Facultad de Ciencias de la Salud.

**Presente.-**

**ASUNTO** : EMITE RESPUESTA A SOLICITUD.

**REFERENCIA** : a) CARTA N°307-2023-UI-EM-FCS-UCV  
Reg. N° 1627539 / 1385137  
b) INFORME N° 0153-2023/DRST-HR-JAMO-II-2-T-DE-U.AP.DOC.INVG.  
Reg. N° 1637310 / 1393438

**De mi mayor consideración;**

Me dirijo a usted, para saludarlo cordialmente y a la vez, en atención al documento de la referencia a), mediante el cual solicita autorización para la ejecución del proyecto de Investigación "Estudio de Factores Sociodemográficos y Maternos en el Parto Prematuro Sean Atendidos en el Hospital Regional II-2-JAMO" de la Interna de Medicina ESMIT MAGALI TABOADA CENTENO.

Ante ello manifestarle que mediante el documento de la referencia b), la Jefa de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación, informa que el convenio de Cooperación Interinstitucional, está en proceso de renovación asimismo, el solicitante ha cumplido con adjuntar los documentos exigidos a quienes se encuentran interesados en realizar investigaciones a seres humanos en nuestra institución. Por lo expuesto, **Es Factible atender su Solicitud**, para que la interesada recabe los datos solo con fines de investigación, con la observación, que cumpla con la confidencialidad y el respeto al anonimato para garantizar que la investigación se realice bajo los principios fundamentales del respeto por la vida, la salud, la autodeterminación, la dignidad y el bienestar de los sujetos a investigar. Por otra parte, el interesado debe entregar al final del proceso un ejemplar de informe de investigación y realizar la socialización de los resultados de la investigación científica.

Sin otro particular, es propicia la ocasión para manifestarle las muestras de mi consideración y estima.

**Atentamente;**

CAPM/DE

C.c.:  
Archivo  
FOLIOS: \_\_\_\_\_

N° DOC.	1640932
N° EXP	1393438

GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES  
Hospital Regional JAMO II - 2 Tumbes

Dr. Cesar Augusto Palomino Maguina  
DIRECTOR EJECUTIVO  
C.M.P. 50566 - D.N.I. 40009501

**HOSPITAL REGIONAL II-2 "JAMO" TUMBES**

Calle 24 de Julio N° 565 - Tumbes

Página Web: [www.hrijt.gob.pe](http://www.hrijt.gob.pe)





**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

### **Declaratoria de Autenticidad del Asesor**

Yo, QUIÑONES CERNA CLAUDIO EDUARDO, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "Estudio de Factores sociodemográficos y Maternos en el Parto Prematuro", cuyo autor es TABOADA CENTENO ESMIT MAGALI, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 15.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 21 de Diciembre del 2023

<b>Apellidos y Nombres del Asesor:</b>	<b>Firma</b>
CLAUDIO EDUARDO QUIÑONES CERNA <b>DNI:</b> 70108432 <b>ORCID:</b> 0000-0002-9703-974X	Firmado electrónicamente por: CEQUINONESQ el 21-12-2023 17:16:58

Código documento Trilce: TRI - 0704880