

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA HUMANA



**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE MÉDICO ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**Violencia familiar como factor de riesgo para parto pretérmino en gestantes
atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba**

Área de Investigación:

Medicina Humana

Autor:

Leyva Cusma, Estelith

Asesor:

Padilla Mosquera, Jorge

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2244-2427>

TRUJILLO – PERU

2024

Violencia familiar como factor de riesgo para parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	10%
2	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	5%
3	Submitted to Universidad Privada Antenor Orrego Trabajo del estudiante	2%
4	Pilar Babi Rourera, Carolina Calero Blázquez, Esther Cordero Fernández, Carmen Rodríguez Pozo. "GUÍA FMC VIOLENCIA DE GÉNERO: DETECCIÓN Y ATENCIÓN DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA", FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 2023 Publicación	1%
5	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1%
	www.researchgate.net	
6	Fuente de Internet	1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo

Declaración de originalidad

Yo, Jorge Padilla Mosquera, docente del Programa de Estudio Segunda Especialidad de Medicina, de la Universidad Privada Antenor Orrego, asesor del proyecto de investigación titulado “Violencia familiar como factor de riesgo para parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba”, autor Estelith Leyva Cusma, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 19%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software Turnitin el 11 de enero del 2024.
- He revisado con detalle dicho reporte y el proyecto de investigación, “Violencia familiar como factor de riesgo para parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba”, y no se advierte indicios de plagios.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las normas establecidas por la Universidad.



FIRMA DEL ASESOR
JORGE PADILLA MORSQUERA

DNI: 00835925

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2244-2427>

Trujillo, 1 de julio del 2024

FIRMA DEL AUTOR
ESTELITH LEYVA CUSMA

DNI:48148150

I. DATOS GENERALES

1. TÍTULO Y NOMBRE DEL PROYECTO

Violencia familiar como factor de riesgo para parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba

2. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Salud Materno Infantil

3. TIPO DE INVESTIGACIÓN

3.1 De acuerdo a la orientación o finalidad: Aplicada

3.2 De acuerdo a la técnica de contrastación: Observacional

4. ESCUELA PROFESIONAL Y DEPARTAMENTO ACADÉMICO

Unidad de Segunda Especialidad de la Facultad de Medicina Humana.

5. EQUIPO INVESTIGADOR

5.1 Autor: Estelith Leyva Cusma

5.2 Asesor: Jorge Padilla Mosquera

6. INSTITUCIÓN Y LUGAR DONDE SE EJECUTA EL PROYECTO

Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital II-1 Moyobamba

7. DURACIÓN: 6 meses

7.1 Fecha de inicio: 1 de setiembre 2023

7.2 Fecha de término: 28 de febrero 2024

II. PLAN DE INVESTIGACIÓN

1. RESUMEN EJECUTIVO DEL PROYECTO DE TESIS

El parto prematuro se considera la principal causa de mortalidad y morbilidad perinatal en países industrializados. muchos niños nacidos de parto prematuro que sobreviven se enfrentan a situaciones adversas a corto plazo y consecuencias a largo plazo, deficiencias cognitivas, alimentarias y neurológicas, y afecciones crónicas. La violencia familiar durante el embarazo podría contribuir a la morbilidad materna a través de una asociación con complicaciones obstétricas (por ejemplo, preeclampsia, diabetes gestacional), más común que otras afecciones. Las consecuencias más directas de la violencia familiar durante el embarazo son las lesiones por agresiones físicas, resultando en casos extremos en la muerte de la madre o del feto, por otro lado, los informes de abuso psicológico a veces pueden ser marcadores de abuso físico comórbido o de riesgo físico posterior de maltrato. La violencia psicológica en el embarazo, hasta ahora constituye un área de investigación en gran parte pasada por alto. La violencia tiene alcance global, en los últimos años se ha hecho más notorio debido a una mayor conciencia respecto a sus efectos deletéreos en la salud física y mental de quienes son víctimas de ella, siendo las gestantes un grupo poblacional particularmente vulnerable. La violencia doméstica tiene un espectro más amplio de posibles perpetradores en comparación con la anterior, si bien la pareja íntima es el perpetrador más común de violencia doméstica, se han identificado otros; las mujeres suelen informar de una menor incidencia en comparación con la violencia que afirman haber experimentado 12 meses antes del embarazo y/o durante toda su vida. Se determinará si la violencia familiar es factor de riesgo para parto pretérmino; se obtendrá el odds ratio de violencia familiar respecto al desenlace parto pretérmino.

Palabras Claves: Parto pretérmino, violencia familiar y gestantes.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante los últimos 20 años, la tasa de parto pretérmino ha aumentado de manera constante y alarmante, de un total de 65 países de todo el mundo, todos menos tres países han mostrado un aumento en la tasa de parto pretérmino durante las dos últimas décadas, se considera que la tasa global estimada en 2016 fue del 10,6%, correspondiente a aproximadamente ~ 14,8 millones de nacimientos prematuros vivos¹.

Más del 75% de toda la mortalidad perinatal y el 50% de las morbilidades perinatales y a largo plazo se asocian con el parto prematuro, sin embargo, la proporción de parto pretérmino en muchos países en desarrollo sigue sin estar clara; el parto pretérmino involucra factores genéticos y ambientales; los factores relacionados incluyen afecciones médicas, influencias genéticas, exposición, tratamientos de infertilidad, así como comportamientos y factores socioeconómicos².

La violencia contra la mujer cometida por parejas íntimas o violencia doméstica contra la mujer es una práctica frecuente en todos los países del mundo, aunque la prevalencia varía de un país a otro; de acuerdo a lo reportado por la Organización Mundial de la Salud la incidencia de este problema oscila entre el 15% en Japón y el 71% en países africanos³.

Problema:

¿Es la violencia familiar factor de riesgo para parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba?

3. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Ghazanfarpour M, et al (India, 2019); realizaron una revisión sistemática que evaluó la línea entre el abuso de la madre durante el embarazo y los resultados adversos del embarazo, buscando en bases de datos

internacionales. Se ingresaron datos correspondientes a 5 estudios analíticos observacionales; se encontró una relación significativa entre el abuso durante embarazo y bajo peso al nacer (BPN) (OR de 2,11 a 1,18; $p < 0.05$) y parto prematuro (PTB) (OR de 1,21 y 1,91; $p < 0.05$)⁴.

Sigalla G, et al (Tanzania, 2018); determinaron relación entre violencia y prematuridad y el bajo peso al nacer. Un tercio de las mujeres experimentó violencia de género durante el embarazo, el 22,3% informó violencia emocional, el 15,4% sexual y el 6,3% física⁵.

Gracián N, et al (Perú, 2019); encontraron relación entre la aparición de parto pretermino y la violencia física (OR=3,4)⁶.

Berhanie E, et al (Reino Unido, 2019); examinaron el efecto de la violencia en cuatro hospitales zonales. Se tomó un total de 954 participantes del estudio (318 casos y 636 controles). De 954 madres entrevistadas, 389 (40,8%) habían experimentado violencia. La violencia doméstica se asoció a parto prematuro (AOR = 2,5; IC 95% [2,198-2,957])⁷.

Woday A, et al (Etiopia, 2020); evaluar la asociación entre violencia durante el embarazo y parto prematuro por medio de un estudio de casos y controles en 138 casos y 276 controles en cuatro grupos públicos seleccionados al azar. En este estudio, la prevalencia de violencia fue de 44,8% y 25% en los casos y controles. Cualquier violencia durante el embarazo se asoció significativamente con el parto prematuro [AOR = 2,85; IC del 95%: 1,42-6,22]. La exposición a violencia incremento en 2.6 veces [AOR = 2.56; IC del 95%: 1,27-6,78] más riesgo de parto prematuro⁸.

Guo C, et al (China, 2023); valoraron la violencia de pareja y prematuridad en búsquedas sistemáticas utilizando cuatro bases de datos para estudios

observacionales publicados entre el 1 de enero de 2011 y el 31 de agosto de 2021; dos revisores llevaron a cabo con la evaluación del riesgo de sesgo; Los desacuerdos fueron resueltos por un tercer revisor. En total, 23 estudios cumplieron el criterio de inclusión. La violencia de pareja se asoció con parto prematuro (OR = 1,84; IC 95%: 1,37-2,49; I2 = 88%), bajo peso al nacer (OR = 2,73; IC 95%: 1,66-4,48; I2 = 95%) y muerte fetal (OR = 1,74; IC 95%: 0,86-3,54; I2 = 64%), se encontraron resultados comparables entre todas las violencias de pareja específicas, incluidas las físicas, sexuales, emocionales y mixtas; concluyendo que la violencia de pareja y la violencia de pareja específica durante el embarazo se asociaron significativamente con resultados adversos en el parto, especialmente en el caso de la violencia de pareja física. Se justifica la necesidad urgente de tomar mayores medidas para prevenir o intervenir en la violencia de género durante el embarazo⁹.

4. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La violencia es de alcance global y en los últimos años se ha hecho más notorio debido a una mayor conciencia respecto a sus efectos deletéreos víctimas de ella, siendo las mujeres en edad fértil en general y en particular las gestantes un grupo poblacional particularmente vulnerable a esta exposición; al respecto en los últimos años se vienen reuniendo evidencia en cuanto a la asociación de diversas patrones de maltrato y desenlaces adversos tanto en el ámbito conductual como en la aparición de trastornos funcionales y orgánicos específicos; el abuso psicológico en una intimidad actual o pasada es cada vez más reconocido, más allá de la violencia física, el embarazo representa un período de especial vulnerabilidad, con una prevalencia de violencia familiar más alta que muchas afecciones obstétricas comunes, que varían entre países y contextos culturales; en este sentido existe alguna evidencia con el parto pretérmino; por ello considero relevante evaluar esta asociación en nuestra realidad, la violencia doméstica tiene un espectro más amplio de posibles

perpetradores en comparación con la violencia de pareja que se limita a la pareja actual o anterior, si bien la pareja íntima es el perpetrador más común de violencia doméstica, se han identificado otros; por otra parte el parto pretermino se asocia con desenlaces adversos para los padres biológicos y la mortalidad y morbilidad infantil; esta entidad es multifactorial, como lo destaca la gran cantidad de factores de riesgo descritos en la literatura, y heterogéneos, como es evidente en las diferentes causas del parto prematuro espontáneo y médicamente indicado; considerando que no existen estudios similares en nuestra población; motivo por el cual llevé a cabo esta investigación.

5. OBJETIVOS

Objetivos generales:

Determinar si la violencia familiar es factor de riesgo para parto pretérmino en el Hospital II-1 Moyobamba.

Objetivos específicos:

- Determinar la frecuencia de exposición a violencia familiar en gestantes con parto a término.
- Comparar la frecuencia de exposición a violencia familiar entre gestantes con parto pretérmino o a término.
- Comparar la frecuencia de variables intervinientes entre gestantes con parto pretérmino o a término.

6. MARCO TEORICO

El parto prematuro se considera la principal causa de mortalidad y morbilidad perinatal en países industrializados. Muchos niños nacidos de parto prematuro que sobreviven se enfrentan a situaciones adversas a corto plazo y consecuencias a largo plazo, deficiencias cognitivas,

alimentarias y neurológicas, y afecciones crónicas que, en algunos casos, puede conducir a la muerte, en el pasado, un embarazo que duró entre 37 y 42 semanas fue referido como embarazo de término. Actualmente un embarazo a término se ha redefinido, el período entre 37 semanas a 38 semanas, 6 días de gestación ahora se conoce como nacimiento prematuro a término⁹.

El parto pretermino se asocia con desenlaces adversos para los padres biológicos y la mortalidad y morbilidad infantil; esta entidad es multifactorial, como lo destaca la gran cantidad de factores de riesgo descritos en la literatura, y heterogéneos, como es evidente en las diferentes causas del parto prematuro espontáneo y médicamente indicado; históricamente, los estudios de parto prematuro se centraban en características, como edad, antecedentes obstétricos, comorbilidades preexistentes y enfermedades asociadas al embarazo; sin embargo cada vez se aprecia más cómo las condiciones del medio ambiente y la comunidad influyen; la pobreza, la contaminación del aire, y las medidas compuestas de calidad de vida están asociadas, en este sentido las comunidades reflejan una compleja amalgama de riesgo y factores protectores respecto al parto pretermino¹⁰.

Más comúnmente, se considera que el embarazo es un momento crítico en el que la violencia doméstica comienza o se intensifica. debido al aumento de la vulnerabilidad física y mental de las mujeres¹¹. La violencia doméstica puede provocar problemas físicos, resultados adversos de salud mental, sexual y reproductiva. La violencia durante el embarazo es particularmente perjudicial, ya que amenaza la vida materna y fetal¹².

Estudios previos han identificado que las mujeres embarazadas que experimentaron violencia durante el proceso de gestación tenían un mayor riesgo de hemorragia ante parto, retraso del crecimiento intrauterino, rotura

prematura de la membrana, parto por cesárea, bajo peso al nacer, muerte fetal y mortalidad neonatal en comparación con aquellos que no experimentaron el problema¹³. El abuso psicológico en una intimidad actual o pasada es cada vez más reconocido, más allá de la violencia física, el embarazo representa un período de especial vulnerabilidad, con una prevalencia de violencia familiar más alta que muchas afecciones obstétricas comunes, que varían entre países y contextos culturales¹⁴.

La violencia familiar durante el embarazo podría contribuir a la morbilidad materna a través de una asociación con complicaciones obstétricas (por ejemplo, preeclampsia, diabetes gestacional), los hechos indican que la violencia familiar durante el embarazo es más común que otras afecciones, las consecuencias más directas de la violencia familiar durante el embarazo son las lesiones por agresiones físicas, resultando en casos extremos en la muerte de la madre o del feto. Por otro lado, los informes de abuso psicológico a veces pueden ser marcadores de abuso físico comórbido o de riesgo físico posterior de maltrato. La violencia psicológica en el embarazo, hasta ahora constituye un área de investigación en gran parte pasada por alto¹⁵.

La violencia doméstica tiene un espectro más amplio de posibles perpetradores en comparación con la violencia de pareja que se limita a la pareja actual o anterior, si bien la pareja íntima es el perpetrador más común de violencia doméstica, se han identificado otros, como los suegros; las mujeres suelen informar de una menor prevalencia de violencia durante el embarazo en comparación con la violencia que afirman haber experimentado 12 meses antes del embarazo y/o su exposición durante toda su vida; cuando se mide, la violencia emocional/psicológica suele ser la forma más común de violencia, seguida de la violencia física con las tasas más bajas encontradas para la violencia sexual, la violencia doméstica durante el embarazo se ha asociado con abortos espontáneos,

ingreso tardío a la atención prenatal, menos visitas prenatales, aumento de peso inadecuado durante el embarazo, parto prematuro, bajo peso al nacer, hospitalizaciones posparto más prolongadas, cese temprano de la lactancia materna, depresión posparto y muerte perinatal¹⁶.

El embarazo presenta una oportunidad importante para abordar la violencia doméstica, considerando el contacto regular en este período entre las mujeres y los proveedores de atención médica, a pesar de la evidencia limitada de su eficacia, muchos países han implementado encuestas de rutina sobre la experiencia de violencia durante el embarazo, sin embargo, ha habido desafíos en la implementación de investigaciones de rutina, incluida la desgana entre los profesionales de la salud, otras barreras para preguntar sobre la violencia en la atención prenatal incluyen la falta de capacitación, limitaciones de tiempo y opciones insuficientes de asistencia y derivaciones después de la divulgación¹⁷.

7. HIPÓTESIS

Hipótesis alterna (Ha):

La violencia familiar es factor de riesgo para parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba.

Hipótesis nula (Ho):

La violencia familiar no es factor de riesgo para parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba.

8. MATERIAL Y MÉTODOS

a. Diseño de Estudio

Tipo de estudio:

casos y controles

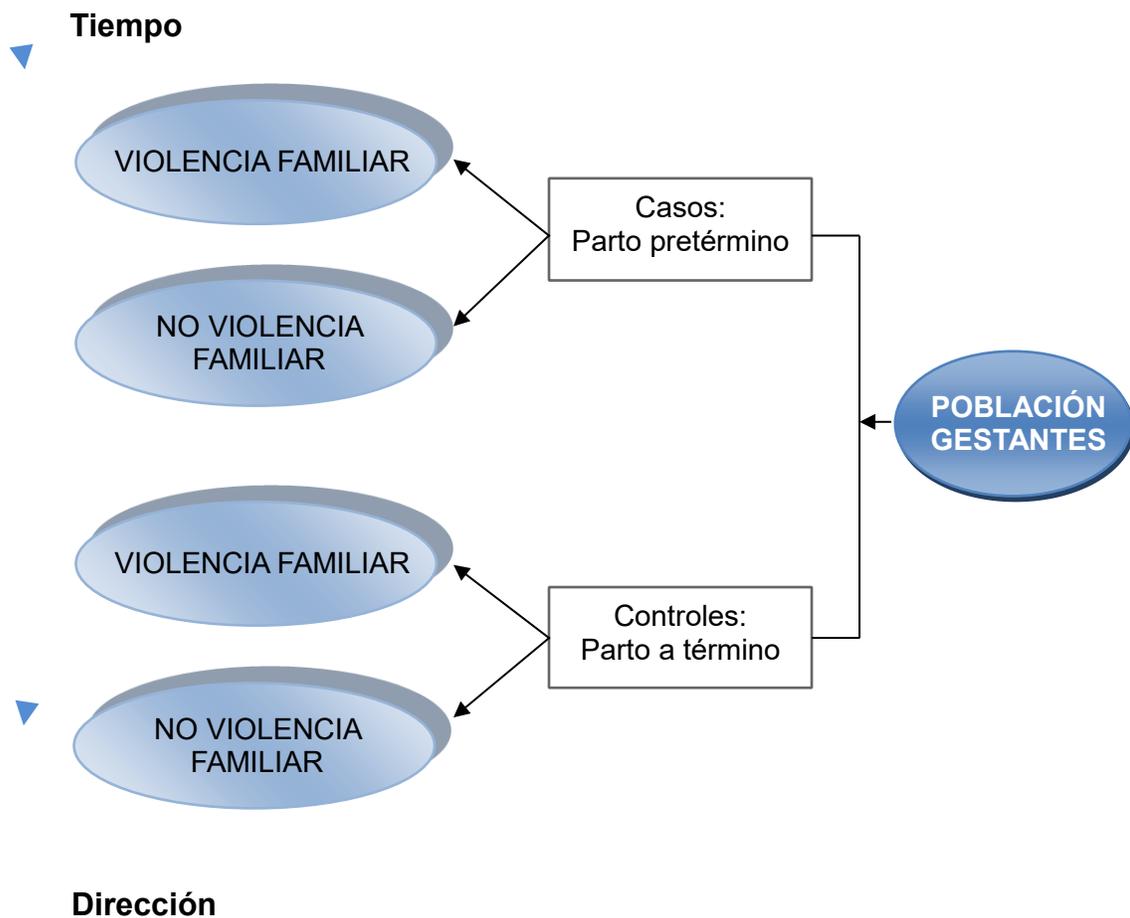
G	FACTOR DE RIESGO
G1	X1
G2	X1

G1: Parto pretérmino

G2: Parto a término

X1: Violencia familiar

ESQUEMA DEL DISEÑO



b. Población muestra y muestreo

Poblaciones de Estudio:

Gestantes atendidas en Obstetricia del Hospital II-1 Moyobamba julio – diciembre 2021:

Criterios de selección:

➤ **Criterios de Inclusión (Casos):**

Gestantes con parto pretérmino

➤ **Criterios de Inclusión (Controles):**

Gestantes con parto a termino

➤ **Criterios de exclusión (Ambos grupos):**

Gestantes con preeclampsia

Gestantes con diabetes

Muestra:

cada gestante atendida en el Hospital II-1 Moyobamba durante el período julio – diciembre 2021.

Unidad de Muestreo

La misma que la unidad de análisis

Tamaño muestral:

Formula¹⁸:

$$N = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 P(1 - P)(r + 1)}{d^2 r}$$

Donde:

$$P = \frac{p_2 + r p_1}{1 + r} =$$

$$d = p_1 - p_2$$

$$Z_{\alpha/2} = 1,96 \text{ para } \alpha = 0.05$$

$$Z_{\beta} = 0,84 \text{ para } \beta = 0.20$$

$$P_1 = 0.33 \text{ (Ref. 17)}$$

$$P_2 = 0.13 \text{ (Ref. 17)}$$

$$R: 1$$

n = 69

CASOS (Parto pretérmino): 69 pacientes.

CONTROLES (Parto a término): 69 pacientes.

c. Definición operacional de variables

Violencia familiar: Todo acto u omisión por obra de un miembro de la familia que atente contra la gestante⁷.

Parto pretérmino: Corresponde al inicio del trabajo de parto a una edad gestacional inferior a las 37 semanas de gestación valorada tomando como referencia la ecografía del primer trimestre de embarazo⁵.

VARIABLE DEPENDIENTE:	TIPO	ESCALA	INDICADORES	ÍNDICES
Parto pretérmino	Cualitativa	Nominal	Edad gestacional	Si – No
INDEPENDIENTE:				
Violencia familiar	Cualitativa	Nominal	Entrevista	Si - No
COVARIABLE				
Antecedente de parto pretérmino	Cualitativa	Nominal	Carnet de control prenatal	Si – No
Anemia materna	Cualitativa	Nominal	Hemograma	Si – No
Multiparidad	Cuantitativa	Nominal	Número de partos	Si – No

d. Procedimientos y Técnicas:

Se solicitará la autorización para:

1. Seleccionar a aquellos pacientes con o sin parto pretérmino según la edad gestacional al momento del parto hasta completar el tamaño muestral .
2. Recoger los datos sobre exposición a violencia familiar por medio de la entrevista directa con la gestante (Ver anexo 1).

e. Plan de análisis de datos:

Estadística Descriptiva

Se obtendrán datos de distribución de frecuencias.

Estadística Analítica

Se hará uso de la prueba Chi Cuadrado (X^2); las asociaciones serán consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse es menor al 5% ($p < 0.05$).

Estadígrafo de estudio:

Se calculará el odds ratio (OR) con su intervalo de confianza al 95% y regresión logística para intervinientes.

f. Aspectos éticos:

Se tomará en cuenta la declaración de Helsinki II¹⁹ y la ley general de salud²⁰.

9. CRONOGRAMA DE TRABAJO

N	ACTIVIDADES	TIEMPO					
		SET 2023– FEB 2024					
		1m	2m	3m	4m	5m	6m
1	Elaboración del proyecto.	X					
2	Presentación		X				
3	Revisión bibliográfica		X				
5	Trabajo de campo			X			
6	Procesamiento				X		
7	Análisis				X		
8	Elaboración					X	X

10. PRESUPUESTO DETALLADO

Partida	Insumos	Unidad	Cantidad	Costo (S/.)	Financiado
1.4.4.002	Papel Bond A4	Millar	01	130.00	Propio
	Lapiceros	Unidad	5	20.00	Propio
SUBTOTAL				249.00	
Partida	Servicios	Unidad	Cantidad	Costo (S/.)	Financiado
1.5.6.030	Internet	100	2.00	150.00	Propio
SUBTOTAL				1100.00	

11. BIBLIOGRAFIA

1. Shah P. Neonatal Outcomes of Very Preterm or Very Low Birth Weight Triplets. *Pediatrics* 2018, 142.
2. Delnord M. Epidemiology of late preterm and early term births—An international perspective. *Semin. Fetal Neonat. Med.* 2019; 24: 3–10.
3. Finnbogadottir H, Dykes AK, Wann C. Prevalence and incidence of domestic violence during pregnancy and associated risk factors: a longitudinal cohort study in the south of Sweden. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017; 16:228.
4. Ghazanfarpour M, Khadivzadeh T, Rajab Dizavandi F, Kargarfard L, Shariati Kh, Saeidi M. The Relationship between Abuse during Pregnancy and Pregnancy Outcome: An Overview of Meta - Analysis. *Int J Pediatr* 2019; 6(10): 8399-8405.
5. Sigalla G, Mushi D, Meyrowitsch D. Intimate partner violence during pregnancy and its association with preterm birth and low birth weight in Tanzania: A prospective cohort study. *PLoS ONE* 2018; 12(2): e0172540.
6. Gracián N. Violencia de género como factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal febrero 2016. *UNMSM Perú.* 2019.
7. Berhanie E. Intimate partner violence during pregnancy and adverse birth outcomes: a case-control study. *Reproductive Health* 2019; 16:22
8. Woday A. Intimate partner violence during pregnancy and preterm birth among mothers who gave birth in public hospitals, Amhara Region, Ethiopia: A case-control study. *Ethiop. J. Meath Dev.* 2020; 34(1):44-53.
9. Guo C, Associations between intimate partner violence and adverse birth outcomes during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Front Med (Lausanne).* 2023;10:1140787.
10. Richards J. Temporal Trends in Late Preterm and Early Term Birth Rates in 6 High-Income Countries in North America and Europe and Association with Clinician-Initiated Obstetric Interventions. *JAMA* 2017, 316, 410–419.

11. Delnord M. International variations in the gestational age distribution of births: An ecological study in 34 high-income countries. *Eur. J. Public Health* 2018; 28: 303–309.
12. Fekadu E. Prevalence of domestic violence and associated factors among pregnant women attending antenatal care service at University of Gondar Referral Hospital, Northwest Ethiopia. *BMC Women's Health* 2018; 18:138
13. Nejatizade A, Roozbeh N, Yabandeh AP, Dabiri F, Kamjoo A, Shahi A. Prevalence of domestic violence on pregnant women and maternal and neonatal outcomes in Bandar Abbas, Iran. *Electronic Physician*. 2017;9(8):5166.
14. Tavoli Z, Tavoli A, Amirpour R. Quality of life in women who were exposed to domestic violence during pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017; 16:19.
15. Chisholm C, Bullock L, Ferguson JEJ. Intimate partner violence and pregnancy: epidemiology and impact. *Am J Obstet Gynecol*. 2017; 217:141–4.
16. Heras S, Khan K. Healthcare professionals should be actively involved in gender violence reduction: political consensus emerges in Spain. *BJOG on the case*. 2018; 125(1):80.
17. Chisholm CA, Bullock L, Ferguson JEJ. Intimate partner violence and pregnancy: screening and intervention. *Am J Obstet Gynecol*. 2017; 217:145–9.
18. García J, Reding A, López J. Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Investigación en educación médica* 2013; 2(8): 217-224.
19. Di M. Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos. *Revista Colombiana de Bioética* 2015; 6(1): 125-145.
20. Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perú: 2012.

12. ANEXOS

ANEXO N.º 01

Violencia familiar como factor de riesgo para parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba.

PROTOCOLO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha..... N.º.....

I. DATOS GENERALES:

Edad: _____

Multiparidad: Si () No ()

Anemia materna: Si () No ()

Obesidad: Si () No ()

Antecedente de parto pretérmino: Si () No ()

II. DATOS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE:

Violencia familiar: Sí () No ()

III. DATOS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE:

Parto pretérmino: Sí () No ()