

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**Estudio comparativo de los factores sociales, maternos y fetales asociados al parto prematuro en los Hospitales II - 2 MINSA Y EsSalud - Tarapoto.
Julio - diciembre 2017**

Tesis para optar el Título Profesional de Obstetra

AUTORA:

Gladys Melissa Torres Fernández

ASESORA:

Obsta. Dra. Gabriela Del Pilar Palomino Alvarado

Tarapoto - Perú

2021



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial-Compartirigual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**Estudio comparativo de los factores sociales, maternos y fetales asociados al parto prematuro en los Hospitales II - 2 MINSA Y EsSalud - Tarapoto.
Julio - diciembre 2017**

Tesis para optar el Título Profesional de Obstetra

AUTORA:

Gladys Melissa Torres Fernández

ASESORA:

Obsta. Dra. Gabriela Del Pilar Palomino Alvarado

Tarapoto - Perú

2021

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN - TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



Estudio comparativo de los factores sociales, maternos y fetales asociados al parto prematuro en los Hospitales II - 2 MINSA y EsSalud – Tarapoto.

Julio - diciembre 2017

Tesis para optar el Título Profesional de Obstetra

AUTORA:

Gladys Melissa Torres Fernández

ASESORA:

Obsta. Dra. Gabriela Del Pilar Palomino Alvarado

Tarapoto – Perú

2021

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN - TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



Estudio comparativo de los factores sociales, maternos y fetales asociados al parto prematuro en los Hospitales II - 2 MINSA y EsSalud – Tarapoto.

Julio - diciembre 2017

AUTORA:

Gladys Melissa Torres Fernández

Sustentada y aprobada el 13 de agosto del 2021, por los siguientes jurados:

.....
Obsta. Mg. Marina Victoria Huamantuba Palomino

Presidente

.....
Obsta. M.Sc. Angel Belgado Rios

Secretaria

.....
Obsta. Mg. Hilda Gonzalez Navarro

Vocal

Constancia de asesoramiento

El que suscribe Obsta. Dra. Gabriela del Pilar Palomino Alvarado, por el presente documento, hace

CONSTAR:

Que, he revisado y corregido el informe final de tesis titulada: **Estudio comparativo de los factores sociales, maternos y fetales asociados al parto prematuro en los Hospitales II - 2 MINSA y EsSalud – Tarapoto. Julio - diciembre 2017**, elaborado por la bachiller en Obstetricia **Gladys Melissa Torres Fernández**, la misma que encuentro conforme en estructura y contenido. Por lo que doy conformidad para los fines que estime conveniente.

Para constancia, firmo en la ciudad de Tarapoto.

Tarapoto, 13 de agosto del 2021.



.....
Obsta. Dra. Gabriela del Pilar Palomino Alvarado

Asesora

Declaración de autenticidad

Gladys Melissa Torres Fernández con DNI N° 48278946, egresada de la Facultad Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Obstetricia, de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, con la tesis titulada: **Estudio comparativo de los factores sociales, maternos y fetales asociados al parto prematuro en los Hospitales II - 2 MINSA y EsSalud – Tarapoto. Julio - diciembre 2017.**

Declaro bajo juramento que:

1. La tesis presentada es propia de nuestra autoridad.
2. La redacción fue realizada respetando las citas y referencias de las fuentes bibliográficas consultadas.
3. La tesis no ha sido auto plagiada, es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

Por lo antes mencionado, asumimos bajo responsabilidad las consecuencias que deriven de mi accionar, sometiéndome las leyes de nuestro y normas vigentes de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto.

Tarapoto, 13 de agosto del 2021.



Bach. Gladys Melissa Torres Fernández

DNI N° 48278946

Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis

1. Datos del autor:

Apellidos y nombres:	Torres Fernández Gladys Melissa		
Código de alumno :	124140	Teléfono:	918369880
Correo electrónico :	melissa_tucosita@hotmail.com	DNI:	48278946

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Datos Académicos

Facultad de:	Ciencias de la Salud.
Escuela Profesional de:	OBSTETRICIA.

3. Tipo de trabajo de investigación

Tesis	(X)	Trabajo de investigación	()
Trabajo de suficiencia profesional	()		

4. Datos del Trabajo de investigación

Título :	Estudio comparativo de los factores sociales, maternos y fetales asociados al parto prematuro en los Hospitales II-2 MINSA y Es Salud - Tarapoto Julio - Diciembre 2017
Año de publicación:	2021

5. Tipo de Acceso al documento

Acceso público *	(X)	Embargo	()
Acceso restringido **	()		

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia **No Exclusiva**, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

6. Originalidad del archivo digital.

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

7. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".



Firma y huella del Autor

8. Para ser llenado en el Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto de la UNSM - T.

Fecha de recepción del documento.

04 / 10 / 2021



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - T.
Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e
Innovación de Acceso Abierto - UNSM-T.

Ing. M. Sc. Alfredo Ramos Perea
Responsable

***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

** **Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

Dedicatoria

A Dios, por darme la vida, la salud y sobre todo, la sabiduría e inteligencia para el logro de mis éxitos profesionales próximos a concluir

A mis padres, *Noe y Doris* quienes gracias a su amor comprensión y apoyo incondicional depositaron en mí su confianza.

A mis hermanas, **Karin Rebeca y Nataly** por estar en todo momento conmigo y por el apoyo moral que recibí de ellas.

Gladys Melissa

Agradecimiento

A Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto, por haberme brindado salud para lograr mi objetivo, además de su infinita bondad y amor. A mi asesora: Obsta. Gabriela del Pilar Palomino Alvarado, por su generosidad de brindarme la oportunidad para recurrir a su capacidad para la concreción de este trabajo. A mis docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud por sus enseñanzas impartidas, por compartir sus experiencias y forjarnos como profesionales. A los directivos y mujeres gestantes de los Hospitales II - 2 MINSA y EsSalud – Tarapoto, por su tiempo y dedicación en el llenado de mis encuestas.

Por último, a todos los docentes de la carrera de Obstetricia que se preocuparon por brindarme su ayuda. Estoy muy agradecida con cada uno de ustedes por las enseñanzas impartidas en nuestra casa de estudio y en el campo clínico.

Gladys Melissa

Índice de contenido

Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento	vii
Índice de contenido.....	viii
Índice de tablas	ix
Resumen	x
Abstract.....	xi
 TÍTULO.....	 1
 I. INTRODUCCIÓN	 2
1.1. Marco Conceptual	1
1.2. Antecedentes	4
1.3. Bases teóricas.....	8
1.4. Definición de términos básicos	15
1.5. Justificación	16
1.6. Problema	17
 II. OBJETIVOS	 18
2.1. Objetivo General.....	18
2.2. Objetivos Específicos.....	18
2.3. Hipótesis de Investigación	18
2.4. Sistemas de Variables	18
 III. MATERIAL Y MÉTODOS	 22
 IV. RESULTADOS	 26
 V. DISCUSIÓN	 35
 IV. CONCLUSIONES.....	 38
 V. RECOMENDACIONES.....	 40
 VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 41
 IX. ANEXOS.....	 45

Índice de tablas

Tabla	Título	Pág.
1	Prueba de normalidad para la distribución de gestantes con parto prematuro en los Hospitales II - 2 MINSA - Tarapoto y EsSalud - Tarapoto, julio a diciembre, 2017	26
2	Prueba de normalidad para la distribución de gestantes con parto prematuro en el Hospital ESSALUD - Tarapoto, julio a diciembre, 2017	26
3	Factores sociales asociados al parto prematuro en los Hospitales II - 2 MINSA - Tarapoto y EsSalud - Tarapoto, julio a diciembre, 2017	27
4	Factores sociales maternos al parto prematuro en los Hospitales II - 2 MINSA - Tarapoto y EsSalud - Tarapoto, julio a diciembre, 2017	28
5	Factores sociales fetales al parto prematuro en los Hospitales II - 2 MINSA – Tarapoto y ESSALUD - Tarapoto, julio a diciembre, 2017	30
6	Parto prematuro en los Hospitales II - 2 MINSA – Tarapoto y ESSALUD - Tarapoto, julio a diciembre, 2017	30
7	Asociación entre las variables factores sociales, maternos, fetales y parto prematuro, en el Hospital II-2 MINSA - Tarapoto periodo julio a diciembre del 2017	31

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo “Determinar las diferencias entre los factores sociales, maternos y fetales que se asocian al parto prematuro en los hospitales II-2 Minsa y Es Salud - Tarapoto periodo julio a diciembre del 2017” ; como objetivos específicos se plantearon los siguientes: Identificar los factores sociales asociados al parto prematuro en los Hospitales II - 2 MINSA y ESSALUD - Tarapoto, julio a diciembre, 2017; identificar los factores maternos asociados al parto prematuro en el Hospitales II - 2 MINSA y ESSALUD - Tarapoto, julio a diciembre, 2017, e identificar los factores fetales asociados al parto prematuro en el Hospitales II - 2 MINSA y ESSALUD - Tarapoto, julio a diciembre, 2017. Se realizó un estudio de tipo descriptivo correlacional, de diseño no experimental, la población estuvo conformada por 252 parturientas y la muestra estuvo conformada por 174 parturientas, repartidas en 87 para el MINSA y 87 para EsSalud, aquellas que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, se usó la técnica de la observación y como instrumento se usó ficha de recolección de datos, se planteó la siguiente hipótesis: Existen diferencias significativas entre las determinantes sociales, maternos y fetales asociados al parto prematuro en el hospital II-2 MINSA y EsSalud - Tarapoto, durante el periodo julio – diciembre 2017. Los resultados obtenidos fueron: Existen diferencias entre los factores sociales, que se asocian al parto prematuro en los hospitales II-2 Minsa – Tarapoto y Es Salud - Tarapoto periodo julio a diciembre del 2017. No existen diferencias entre los factores maternos, que se asocian al parto prematuro en los hospitales II-2 Minsa – Tarapoto y Es Salud - Tarapoto periodo julio a diciembre del 2017 y tampoco existen diferencias entre los factores fetales, que se asocian al parto prematuro en los hospitales II-2 Minsa – Tarapoto y Es Salud - Tarapoto periodo julio a diciembre del 2017

Palabras clave: Factores sociales, maternos, fetales.

Abstract

The present study aimed to "Determine the differences between social, maternal and fetal factors associated with preterm delivery at Hospitals II-2 Minsa and Es Salud - Tarapoto, period July to December, 2017" ; the following specific objectives were raised: Identify social factors associated with preterm delivery at Hospitals II - 2 MINSA and ESSALUD - Tarapoto, July to December, 2017; identify maternal factors associated with preterm delivery at Hospitals II - 2 MINSA and ESSALUD - Tarapoto, July to December, 2017, and identify fetal factors associated with preterm delivery at Hospitals II - 2 MINSA and ESSALUD - Tarapoto, July to December, 2017. A descriptive correlational study was conducted, with a non-experimental design, the population was made up of 252 parturients and the sample consisted of 174 parturients, divided into 87 for MINSA and 87 for EsSalud, those who met the inclusion and exclusion criteria, the observation technique was used and as an instrument a data collection form was used. The following hypothesis was proposed: there are significant differences between the social, maternal and fetal determinants associated with preterm delivery at hospitals II-2 MINSA and EsSalud - Tarapoto, during the period July - December 2017. The results obtained were: there are differences between the social factors that are associated with preterm delivery at the hospitals II-2 Minsa - Tarapoto and Es Salud - Tarapoto from July to December 2017. There are no differences between maternal factors, which are associated with preterm delivery at hospitals II-2 Minsa - Tarapoto and Es Salud - Tarapoto period July to December 2017 and there are no differences between fetal factors, which are associated with preterm delivery at hospitals II-2 Minsa - Tarapoto and Es Salud - Tarapoto period July to December 2017

Key Words: Social factors, maternals, fetals.



TÍTULO:

Estudio Comparativo de los Factores Sociales, Maternos y Fetales Asociados al Parto Prematuro en los Hospitales II - 2 MINSA y EsSalud – Tarapoto. julio - diciembre 2017.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Marco Conceptual

Los partos prematuros representan cerca de 75% de la mortalidad neonatal y cerca de la mitad de la morbilidad neurológica a largo plazo (en América Latina y el Caribe cada año nacen cerca de 12 millones de niños: 400,000 mueren antes de cumplir cinco años, 270,000 en el primer año de vida, 180,000 durante el primer mes de vida y 135,000 por prematuridad). La situación es aún más grave en infantes con prematuridad extrema (menos de 32 semanas de embarazo), entre quienes una quinta parte no supervive el primer año y hasta 60% de los supervivientes tiene discapacidades neurológicas (problemas de lenguaje y aprendizaje, trastorno por déficit de atención, dificultades socioemocionales, deterioro sensorial, visual y auditivo, retraso mental y parálisis cerebral). Por lo anterior, además de la pérdida de vidas, el nacimiento prematuro representa costos económicos y emocionales considerables para las familias y las comunidades. A pesar del progreso de las tecnologías para su detección y de los tratamientos establecidos, su frecuencia aumenta sobre todo por infecciones durante el embarazo que pueden identificarse y tratarse oportunamente en los cuidados prenatales. ⁽¹⁾

Al año, en el mundo, ocurren cerca de 13 millones de partos prematuros. Su frecuencia varía de 20,234.3 m² 11% en las regiones desarrolladas y hasta 40% en algunas regiones muy pobres. En Estados Unidos, en 2005, representó 9.4% de los embarazos y, en 2014, 12.7%, lo que significa un aumento de más de 30% en el periodo. Sin embargo, en algunos grupos de la población se han reportado cifras aún mayores, como en el de adolescentes, en el que la frecuencia alcanza 21.3%. En el año 2013, la tasa de mortalidad para los recién nacidos estadounidenses con prematuridad extrema fue casi 70 veces mayor que para los recién nacidos a término. ⁽¹⁾

En América Latina la reducción de la tasa de bebés partos prematuros es de 55%, pasando de 33 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 1990 a 10 en 2012, es decir actualmente se registran aproximadamente 106 mil partos prematuros anualmente. Esta situación también

se observa en nuestro país, donde la tasa de partos prematuros se redujo, según ENDES 2012, en un 67% y está directamente relacionada al incremento de la cobertura y mejora de la calidad de los cuidados prenatales y la atención del parto institucional. ⁽²⁾

En los últimos dos años los nacimientos prematuros han aumentado considerablemente en todo el mundo (más de 15 millones al año) y la prematuridad se ha convertido en un grave problema de salud, debido a que es la primera causa de muerte neonatal y la segunda en menores de 5 años. En el Perú en los últimos veinte años la mortalidad infantil y la mortalidad neonatal han descendido significativamente. En el Perú mueren al año alrededor de 12,400 recién nacidos prematuros y cerca de un millón a nivel mundial no logran sobrevivir, según cifras de la Organización Mundial de la Salud. ⁽²⁾

En los últimos 10 años se han dado 3 grandes progresos en lo que se refiere al parto pre término: Conceptualizar al parto pre término como un síndrome. Lo que les permite a los epidemiólogos establecer acciones en los tres niveles de atención para la salud. El nivel primario está encaminado a eliminar o disminuir los factores de riesgo de en toda población, el secundario se orienta al diagnóstico oportuno de la enfermedad en pacientes con factores de riesgo, el terciario tiene como objeto reducir la morbilidad y mortalidad en las pacientes que desarrollan parto prematuro. El segundo progreso importante ha sido el desarrollo de marcadores bioquímicos y biofísicos que permiten predecir el parto prematuro con mayor confiabilidad. Uno de los obstáculos más difíciles de vencer ha sido el diagnóstico inexacto del parto prematuro, ya que la mitad de las pacientes que solicitan atención médica por esta patología no presentan datos ni si quiera de amenaza de parto prematuro. El tercer avance ha sido el esclarecimiento de la eficacia de los corticoides para reducir la morbilidad y mortalidad neonatal. ⁽²⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y su planteamiento sobre los determinantes sociales, maternos y fetales de la salud para el análisis de las condiciones de salud en el mundo, Los determinantes sociales, maternos y fetales no es un tema nuevo, ni ajeno en la medicina social y la salud colectiva latinoamericana. De hecho, estas corrientes de pensamiento en salud, parten de los diseños de la medicina social europea del siglo XIX, que postulan que “la salud del pueblo es motivo de preocupación social, que las condiciones sociales y económicas tiene relación en la salud y la enfermedad y que esta relación debería ser motivo de investigación científica. La población mundial, inmersa en una sociedad globalizada que exige y demanda cada día individuos aptos y capacitados para enfrentar y

resolver cada una de los problemas de índole, social y emocional que se le presenten. Todo esto es generador de muchos problemas de salud y se ha logrado comprobar los efectos nocivos de la prematurez con la calidad de vida posterior a la sobrevivencia a largo plazo posterior a periodos prolongados de hospitalización de los niños prematuros. ⁽³⁾

La prematurez se asocia a determinantes sociales, maternos y fetales que son indicadores de necesidades básicas satisfechas y conllevan a condiciones de salud de la madre y a diversas patologías que afectan a la madre y al feto. Por sus repercusiones en el componente de salud y económicas, es un problema de primera importancia. Reconocer que la salud/enfermedad tiene su origen en “La mala salud de los pobres, y está determinada socialmente por el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual a nivel mundial y nacional del poder, de los ingresos, los bienes y los servicios y por las consiguiente sin justicias que afectan al feto y a la madre de manera inmediata. ⁽³⁾

Aproximadamente, 20% de los nacimientos pre término son indicados por razones maternas, sociales y fetales (retardo de crecimiento intraútero, preeclampsia, placenta previa, registros cardiotocográficos anormales, etc.). De la restante asociación con nacimientos pre término, el 30% resultan de la ruptura prematura de membranas (RPM), del 20 al 25% son el resultado de infecciones intraamnióticas y el otro 25 a 30% son las formas espontáneas o sin causa aparente. ⁽³⁾

Este escenario nos llevará a realizar este trabajo de investigación, debido que en la actualidad la mayoría de las pacientes en el Hospital II- Tarapoto y en el Hospital Es Salud, el parto prematuro está ocasionando problemas tanto en su salud, como del bebé, debido a los determinates sociales, maternos y fetales muchos de ellos terminan en una muerte fetal, siendo así un problema de mortalidad materna y perinatal en el sector salud. La incidencia pacientes con este problema en el Hospital II- Tarapoto y en el Es Salud, es abrupto, la mayoría de ellos con problemas económicos, infecciones del tracto urinario, consumos de sustancias tóxicas, etc, lo cual es factor predisponente a conllevar un parto prematuro , suscitando problemas graves en el establecimiento de salud, de esta manera con el presente trabajo de investigación estaríamos contribuyendo a disminuir este problema que se presenta en los pacientes del Hospital II- Tarapoto y Es Salud.

1.2. Antecedentes:

Guzmán R. (2013), realizó un estudio sobre “Factores de riesgos desencadenantes del trabajo de parto pretérmino en mujeres embarazadas primigestas en el Hospital Ginecoobstétrico “Enrique C. Sotomayor” en el periodo de septiembre del 2012 a febrero del 2013, Guayaquil – Ecuador. Cuyos resultados fueron que el 73 % de las pacientes corresponden a las edades entre 28 y 29 años; el 93% es de instrucción secundaria; el 65% tienen mas de 6 controles prenatales, el 54 % han tenido entre 3 a 4 parejas sexuales, el 62 % terminaron su embarazo entre 33 – 34 semanas, el 61 % presentaron Infecciones de Vías Urinarias, el 73 % finalizó el embarazo en Cesárea, el 83 % de los neonatos fueron adecuados para la edad gestacional. ⁽¹⁰⁾

Pardo F, García P. (2013), realizaron un estudio sobre “Factores asociados al parto prematuro en el departamento de Lempira, Honduras, 2013”. Cuyos resultados fueron que de 367 embarazadas seleccionadas, se conoció el desenlace en 358 (98%). Ocurrieron partos prematuros en 27/358 (7.5%) rango 0-20 en los municipios. 284/358 (80%) fueron partos institucionales, 22/284 (8%) de ellos prematuros. El tener bacteriuria (RR=3.21; 95%CI 1.00- 10.28), < 3 atenciones prenatales (RR=2.59; IC95%=1.20-5.60, p 4 hijos (RR=2.38; IC95%=1.14-4.97, p<0. ⁽¹¹⁾

Ovalle K. (2012), realizó un estudio sobre “Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago de Chile 2012”. Cuyos resultados fueron que la proporción de nacimientos prematuros fueron espontáneos 69% (con PROM 27% y con membranas intactas 42%) y médicamente indicado los partos en 31%. Un factor de riesgo asociado con la prematuridad se identificó en el 98 y el 85% de médicamente indicado y nacimientos espontáneos, respectivamente. Bacteriana ascendente infección (ABI) fue el factor que más se asocia con frecuencia con pre término espontáneo entrega en el 51% de las mujeres (142/280, p <0,01) y con los nacimientos prematuros de menos de 30 semanas en el 52% de las mujeres (82/157, p <0,01). Infección vaginal o urinaria con Estreptococo del grupo B, fue la condición clínica más común asociada con ABI entregas relacionadas. La hipertensión estaba presente en 94 de los 127 médicamente indicada partos prematuros (preeclampsia en el 62% y la hipertensión crónica en el 12%), y en el 29% (preeclampsia 24%) de los nacimientos prematuros de más de 30 semanas. Congénito anomalías se asociaron principalmente con una edad materna de más de 35 años en el 15% (14/92) de las mujeres. La frecuencia de las enfermedades de la placenta fue mayor en los prematuros

espontáneos entregas (14%) y en los embarazos de más de 30 semanas en el (14%). Conclusiones: ABI fue el factor más común asociado con nacimientos prematuros espontáneos en 22- 34 semanas, mientras que la preeclampsia es el factor más común asociado con el punto de vista médico nacimientos prematuros indicados. ⁽⁶⁾

Gómez R. (2012), realizó un estudio sobre “Prevalencia de los partos prematuros y su asociación con la infección del tracto urinario en el Centro de Salud Rosas Pampa, enero – marzo 2012, realizado en la Paz Bolivia, estudio descriptivo transversal analítico. Cuyos resultados fueron que de un total de 291 mujeres entre las 20 y 36.6 semanas de gestación presentaron Amenaza de Parto Pre termino 46 mujeres resultando una prevalencia del 15.8% de Amenaza de Parto Pre termino, con predominio del grupo atareo entre los 15 – 19 años en 17 casos (37%), seguido del grupo etario entre 20 – 24 años en 13 casos (28.3%). Siendo las mujeres con Unión con 31 casos (67.4%), con un Nivel de Instrucción que llego a la secundaria en 23 casos (50%). En cuanto a los antecedentes ginecoobstetricos, fueron segundiparas en 17 casos (37%), sobrepeso tuvieron 17 pacientes (37%) y la edad gestacional que tuvo mayor frecuencia fue entre 31 – 36 semanas en 28 casos (60.9). ⁽⁸⁾

Borrero Cl, Ucrós S. (2012), realizaron un estudio titulado sobre “Estudio analítico del resultado del embarazo en adolescentes y mujeres de 20 a 29 años en Bogotá- Colombia 2012”. Cuyos resultados fueron que el ser adolescente es un factor protector que disminuye el riesgo de terminación del parto por cesárea (RR 0,85 IC95% 0,78-0,93) y de presentar preeclampsia (RR 0,65; IC95% 0,46-0,91). No se observó ninguna asociación respecto a la ruptura prematura de membranas. Se observó un incremento significativo de la morbilidad neonatal en las madres menores de 15 años. Variables que demostraron relación con la edad materna fueron prematuridad (RR 1,88 IC95% 1,14 – 3,11), pequeño para la edad gestacional (RR 2,09; IC95% 1,24 – 3,52) y bajo peso (RR 1,61 IC95% 1,12 – 2,32). ⁽⁹⁾

Pérez B, Gobernado J, Mora P, Almaraz A. (2011), en su estudio “La edad materna como factor de riesgo obstétrico, Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada”, Estudio de cohortes históricas, realizado en Valladolid (España). Las gestantes de mayor edad presentaron más patología asociada al embarazo (29,2 vs 15,8%, $p < 0,001$) como diabetes gestacional (6.2%, $p < 0.0029$), metrorragia del primer trimestre (5.6%, $p < 0.01$), y amenaza de parto prematuro (3.9%, $P < 0.007$). Los estados hipertensivos del embarazo, aunque fueron también más frecuentes no demostraron significación estadística. Se requirió inducción

médica del parto con mayor frecuencia en el grupo de estudio (RR=1.42; CI 95%:1.08-1.87). En el 47% de las gestantes nulíparas de edad avanzada se indicó una cesárea (RR=1.63; CI 95%: 1.24-2.15). La tasa de mortalidad perinatal en el grupo de estudio fue 16.5‰ vs 2.77‰ en el grupo control. La morbilidad materna también fue superior en el grupo de edad avanzada (RR 5.98; CI 95% 1.35-26.54), fundamentalmente por complicaciones hemorrágicas. En conclusión, la edad materna avanzada se asocia con mayor frecuencia a patología gestacional y mayor incidencia de inducciones médicas del parto y tasa de cesáreas, especialmente en nulíparas. Todo ello repercute en la morbimortalidad materna y fetal, siendo un grupo poblacional de riesgo obstétrico que requiere una atención prenatal adecuada y trasciende el ámbito de la planificación sanitaria, dado el porcentaje de gestantes de edad avanzada en nuestro medio. ⁽⁷⁾

Santaya A. (2015), realizó un estudio sobre “Factores de Riesgo Maternos que influyen en la prematuridad de los recién nacidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2015. Lima – Perú. Cuyos resultados fueron que el 60,0% (72 recién nacidos) presentaron prematuridad. Por otro lado, los factores que influyen en la prematuridad son la edad menor de 18 y mayor de 35 años ($X^2=4,75$; $P\leq 0,029$), la talla materna menor de 157cm ($X^2=1,070$; $P\leq 0,010$), la paridad múltipara y gran múltipara ($X^2=7,034$; $P\leq 0,004$), intervalo intergenésico menor de 2 años ($X^2=8,62$; $P\leq 0,003$), la infección de tracto urinario en anterior gestación ($X^2=6,79$; $P\leq 0,009$), ruptura prematura de membranas en la última procreación ($X^2=8,75$; $P\leq 0,003$), placenta previa ($X^2=8,79$; $P\leq 0,003$) e infección de tracto urinario en la final concepción ($X^2=19,33$; $P\leq 0,000$). ⁽¹²⁾

Fernández D. (2014), realizó un estudio sobre “Factores de Riesgo del parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional Docente las Mercedes, Chiclayo – Perú 2014. Cuyos resultados fueron que los antecedentes obstétricos asociados con parto pretérmino fueron: el tener más de una pareja sexual (OR=6.7), no control prenatal (OR=11), embarazo múltiple actual (OR=2.1), antecedente de cesárea (2.9) y condición de múltipara (OR=12.4) ($p<0.05$). Las patologías más frecuentes asociadas al parto pretérmino fueron: Ruptura prematura de membrana (10.7%). La anemia se asocia significativamente ($p<0.05$) con el parto pretérmino, predominando la anemia moderada con 78, 6 % (OR = 14.34). Las pacientes correspondieron con mayor frecuencia al grupo atareo de 17 – 19 años, siendo 83% para un parto pretérmino y 72% para parto a término. ⁽¹⁶⁾

Rodríguez D. (2013), realizó un estudio sobre “Factores de riesgo maternos asociados a parto pre término: un estudio multicéntrico. Trujillo metropolitano” Lima-Perú 2011-2013. Cuyos resultados fueron que respecto al desarrollo de parto pre término con el antecedente de parto pre término ($p = 0,0048$; $OR = 7,0345$), inadecuado control prenatal ($p = 0,0038$; $OR = 4,8889$), desprendimiento prematuro de placenta ($p = 0,0014$; $OR = 8,5$), vaginosis bacteriana ($p = 0,0003$; $OR = 4,0702$) e infección de vías urinarias ($p = 0,0020$; $OR = 2,9688$). Se estableció que el antecedente de parto pre término, el inadecuado control prenatal, el desprendimiento prematuro de placenta, vaginosis bacteriana e infección de vías urinarias son factores de riesgos asociados al desarrollo de parto pre término. ⁽¹⁴⁾

Ramos R. (2013) realizó un estudio sobre “Factores de riesgo para la prematuridad. Estudio de casos y controles”, Lima 2013. Cuyos resultados fueron que los factores de riesgo para nacimiento prematuro en el grupo de casos fueron: edad materna mayor de 35 años (14.6%), placenta previa (9.3%) e infecciones urinarias (46%). La asociación de factores como la ruptura prematura de membranas y procesos infecciosos fue más significativa con cervicovaginitis (76%). ⁽¹⁵⁾

Bracho C. (2012), realizó un estudio sobre “Factores de riesgo asociados al parto pre término en adolescentes embarazadas, Lima – Perú 2012”. Dentro de las características epidemiológicas se obtuvo que las pacientes tenían un promedio de edad de 18, años, con estado nutricional normal, de las cuales el 51% viven en concubinato, procedentes del área urbana, con nivel socioeconómico bajo. En el grupo estudiado destaca el inicio temprano de relaciones sexuales, donde el 55% afirmó tener una sola pareja. La mayoría eran primigestas y se encontraba en el II Trimestre de gestación, el 65% no controlado o mal controlado, encontrándose como principales factores de riesgo la presencia de infecciones, anemia, con poco apoyo familiar, y condiciones habitacionales aceptables. Las adolescentes embarazadas presentan factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales que afectan la evolución de su gestación, condicionando la presencia de parto pre término. ⁽¹³⁾

Villareal L, Saavedra T. (2014), realizaron un estudio sobre “Atención a la gestante con amenaza de parto prematuro y su influencia en la prevención de complicaciones maternas – fetales. Hospital Minsa II-2 Tarapoto. 2014. Cuyos resultados fueron que la incidencia de amenaza de parto prematuro fue de 96 casos por 1000 gestantes atendidas en el Hospital Minsa II-2 Tarapoto, la población osciló entre 20 a 39 años de edad 78,8% (108), nivel de instrucción secundaria completa 48,1% (65) y estado civil conviviente 62,8% (86). En

predominio con 2 a 3 gestaciones 51,8%(71), antecedentes de infección del tracto urinario 48,2%(66). El 8,9% (12) cursó con Placenta previa. El 94,7% (135) de gestantes con APP, no tuvieron un diagnóstico de prevención oportuno, ya que el diagnóstico fue después de las 8 sem. De gestación, monitoreo materno fetal en 100%. El 34,5% (51) culminaron en parto pretérmino. El 98,2% (135) de las gestantes recibieron tratamiento farmacológico y no farmacológico inadecuado. ⁽¹⁷⁾

Estrada O. (2013), realizó un estudio sobre “Factores que desencadenan la amenaza de parto pretérmino” Estudio realizado en el Hospital MINSA II-Tarapoto desde el noviembre del 2012 al 2013. Cuyos resultados fueron que la infección de vías urinarias es un factor predominante con un 67% en las pacientes con amenaza de parto pretérmino confirmada por exámenes clínicos, el 89% se realizó examen de orina (físico, químico y sedimento) y el 11% además se realizaron cultivo y antibiograma de forma particular, y de estos el 59% de los resultados del cultivo fue (+) para la bacteria Escherichia coli. Las pacientes cuyo ingreso fue por amenaza de parto pretérmino el 85% mejoró sus condiciones y el 11% concluyó en parto, el 4% terminó en Cesárea, de los cuales el 65% fueron recién nacidos sanos de 37 semanas de gestación, y el 35% presentaron distres respiratoria que terminaron en la unidad de cuidados intermedios neonatales. ⁽¹⁸⁾

1.3. Bases teóricas

Parto

Definición: Es la expulsión de un feto con un peso igual o mayor de 500gr. Igual o mayor a las 22 semanas completas (para otras 20 semanas) contadas desde el primer día de la última menstruación. ⁽¹⁹⁾

El parto según el tiempo de su acontecimiento se divide en:

Parto de Término: Es el que acontece en condiciones normales cuando el embarazo tiene entre 37 y 41 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación. ⁽¹⁹⁾

Parto de pre-termino o parto prematuro: Es el que acontece cuando el embarazo tiene entre 22 y 36 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación. ⁽¹⁹⁾

A. Epidemiología:

En Europa y muchos países desarrollados la tasa de nacimientos prematuros es generalmente 5-9%, y en los EE.UU. incluso ha aumentado al 12-13% en las últimas décadas. En España, en la Encuesta Nacional de Mortalidad Perinatal realizada en 1995 por la Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), la incidencia de partos pretérminos era de 6.94%. En Cataluña se ha producido un importante aumento de los porcentajes de prematuridad entre los años 1993, en que se registró una tasa del 5,5%, y 2002 con una tasa del 7.6%. En el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de la ciudad de Medellín, Colombia la frecuencia de prematuridad es del 10.6% cuando se incluye la edad gestacional entre 28 y 36 semanas. ⁽²⁰⁾

Tres eventos obstétricos preceden un parto pre término: los que son espontáneos constan un 40 - 45% y aquellos que son consecuencia de una ruptura prematura de membranas el 25-30%. El resto (30-35% de los casos) son inducidos por razones obstétricas; como un deterioro del medio intrauterino por infección, retraso del crecimiento intrauterino o peligro significativo de la salud materna en la pre eclampsia y cáncer. Basado en la edad gestacional, el 5% de los pre términos se producen antes de las 28 semanas constituyendo la prematuridad extrema, el 15% entre la semana 28-31 (prematuro severo), el 20% entre las 32-33 semanas (prematuro moderada), y 60-70% entre las 34 -36 semanas. ⁽²⁰⁾

Como el peso al nacer es más fácil de determinar que la edad gestacional, la Organización Mundial de la Salud hace un seguimiento de los recién nacidos de bajo peso al nacer (<2.500 g), los cuales ocurren en un 16,5% de los nacimientos en las regiones menos desarrolladas durante el año 2013. Se estima que un tercio de esos nacimientos de bajo peso al nacer se debieron a un parto pre término. Por lo general, el peso se correlaciona con la edad gestacional, sin embargo, los bebés pueden tener pesos inferiores al rango normal por otros motivos que el parto prematuro. Entre los recién nacidos de bajo peso al nacer también se incluyen los que nacen a término y que son pequeños para la edad gestacional. La clasificación basada en el peso reconoce también el grupo de los que son de muy bajo peso al nacer, que nacen con menos de 1500 g, y aquellos con muy bajo peso al nacer, que pesan menos de 1000 g. Casi todos los recién nacidos en estos dos últimos grupos han nacido prematuramente. ⁽²⁰⁾

B. Factores de la amenaza de parto prematuro

El parto es un proceso complejo que involucra muchos factores. Se han identificado cuatro diferentes vías que pueden resultar en el nacimiento prematuro y tienen considerable evidencia: activación endocrina fetal precoz, sobre distensión uterina, hemorragia decidual, intrauterina y la inflamación o infección. La activación de una o más de estas vías puede haber ocurrido gradualmente a lo largo de semanas, incluso meses. En la práctica una serie de factores han sido identificados que se asocian con un nacimiento pre término, sin embargo, una asociación no establece causalidad. ⁽²¹⁾

El mejor predictor de trabajo de parto pretérmino es un mal desarrollo reproductivo anterior, ello dificulta la identificación de las nulíparas con riesgo, esta situación resulta decepcionante, ya que más del 40 % del total de las pacientes que inician un trabajo de parto pretérmino son nulíparas y el efecto de las medidas preventivas no será óptimo si no se detectan a todas. Papiernik organizó muchos factores asociados con el trabajo de parto pretérmino en una escala de alto riesgo. Resulta controvertido si la utilización del sistema de puntuación de Papiernik, seguido de una educación intensiva de la paciente y de una buena atención prenatal, es eficaz para reducir la incidencia de trabajo de parto pre término. ⁽²¹⁾

Las principales causas de acortamiento de la duración del embarazo, se encuentran fuertemente asociadas con los factores como:

- Factores Sociales
- Factores Maternos
- Factores Fetales. ⁽²²⁾

1. Factores sociales:

a. Ascendencia de piel oscura:

La asociación de la ascendencia de piel oscura, con parto pretérmino es bien conocida pero inexplicable. Las mujeres negras tienen un porcentaje de prematuridad de 16 a 18 % comparado con 7-9 % de las mujeres blancas. ⁽²²⁾

b. Estado civil:

El estado civil es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

El estado civil está integrado por una serie de hechos y actos de tal manera importante y trascendental en la vida de las personas que la ley la toma en consideración, de una manera cuidadosa, para formar con ellos, por decirlo así, la historia jurídica de la persona. ⁽²²⁾

c. Grado de instrucción:

El riesgo de parto prematuro durante el embarazo es superior en las mujeres que interrumpen sus estudios antes de los 15 años, por lo que debido a sus condiciones no son capaces de generar recursos para el mantenimiento de la familia. ⁽²²⁾

d. Procedencia.

La procedencia, también son considerados como factores de riesgo para parto pre término, ya que no es lo mismo vivir en una zona urbana, zona urbano marginal o zona rural. ⁽²²⁾

e. Ingresos económicos:

En la incidencia de amenaza de parto prematuro influyen los factores económicos, entre los que destaca la frecuencia significativamente mayor en embarazadas jóvenes (sobre todo menores de 17 años de edad), de bajo nivel socioeconómico, solteras o sin apoyo social. ⁽²²⁾

f. Ocupación:

Se ha encontrado asociación entre los trabajos que requieren esfuerzo físico, bipedestación prolongada, exigencias laborales cambiantes, turnos nocturnos etc. Es más importante el tipo de trabajo que el hecho de trabajar, la bipedestación prolongada, muchas horas de trabajo diarias y la fatiga física o mental. ⁽²²⁾

g. Grado de Instrucción:

El bajo nivel cultural, así como también el bajo nivel socioeconómico, aunque éstos son dependientes el uno del otro, también son considerados como factores de riesgo para parto pre término. ⁽²²⁾

2. Factores maternos:

a. Edad materna:

Es uno de los factores asociados a la prematuridad entre las menores de 20 años y mayores de 34 años. ⁽²³⁾

b. Consumo de sustancias tóxicas:

El consumo de sustancias es el consumo continuo de alcohol, drogas ilícitas o el uso indebido de medicamentos recetados o de venta libre con consecuencias negativas y con incidencia en los factores de riesgo para el parto pretérmino. ⁽²³⁾

c. Infecciones de Tracto Urinario:

Hay evidencia de que la infección es una causa importante. Y que puede ser el motivo de 40 % de todos los casos de parto pretérmino espontáneo por todas las mujeres que son admitidas con amenaza de parto pretérmino que puede tener cambios cervicales irreversibles y que se puede intentar inhibir sin tener éxito. ⁽²⁴⁾

d. Antecedentes de cesárea

La cesárea es un procedimiento quirúrgico obstétrico mediante el cual se extrae el producto de la concepción realizando una incisión a través de la pared abdominal y el útero, el cual tiene implicancias posteriores como por ejemplo en los factores de riesgo para el parto pretérmino.

e. Antecedentes de aborto

La Organización Mundial de la Salud define el aborto como la interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno; esto incide en que un embarazo posterior conlleve a un parto pretérmino.

f. Antecedentes de parto prematuro

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), parto prematuro es aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación. El límite inferior entre parto prematuro y aborto es, de acuerdo a la OMS, 22 semanas de gestación, 500 g de peso o 25 cm de longitud céfalo-nalgas. Este también representa un factor de riesgo para el parto pretérmino ⁽²³⁾.

g. Periodo Intergenésico:

Se ha presentado mayor incidencia en amenaza de parto prematuro en mujeres que presentan un periodo Intergenésico corto. ⁽²⁴⁾

h. Paridad:

La amenaza de parto prematuro depende en gran parte de la paridad de la gestante siendo así las más propensas las gran multíparas. ⁽²⁴⁾

i. Preeclampsia.

La preeclampsia es un trastorno hipertensivo inducido por el embarazo que se manifiesta clínicamente después de las 20 semanas de gestación, y puede representar un riesgo para el parto pretérmino. ⁽²⁴⁾

j. Anemia.

La anemia se define como una disminución en la concentración de la hemoglobina. La OMS ha establecido los rangos de referencia normales dependiendo de la edad y sexo. De acuerdo a estos criterios la anemia está presente cuando la hemoglobina se encuentra por debajo de 13g/L en los hombres o 12g/L en las mujeres: Por lo cual es considerada como un factor de riesgo de parto pretérmino en las mujeres que lo poseen. ⁽²⁴⁾

k. Rotura prematura de membranas (RPM).

La ruptura prematura de membranas fetales se define como aquella que ocurre antes de haberse iniciado el trabajo de parto; puede ser previa a la semana 37 de gestación en cuyo caso recibe el nombre de ruptura prematura de membranas pre- término, la cual aumenta la morbilidad y mortalidad tanto materna como perinatal. Esto representa un antecedente negativo para un posterior embarazo ya que existe el riesgo de que se produzca un parto pretérmino. ⁽²⁴⁾

l. Desprendimiento prematuro de la placenta (DPP).

El desprendimiento de la placenta se produce cuando la placenta se separa parcial o totalmente de la pared interna del útero antes del parto. Esto puede disminuir o bloquear el suministro de oxígeno y nutrientes del bebé y causar un fuerte sangrado en la madre. Esto también representa un antecedente negativo para un posterior embarazo ya que existe el riesgo de que se produzca un parto pretérmino ⁽²⁴⁾

m. Múltiples fetos.

Se entiende por gestación múltiple aquella en que se desarrollan simultáneamente dos o más fetos. Se entiende por gestación gemelar aquella en que el desarrollo simultáneo es de dos fetos. Las gestaciones gemelares han experimentado un crecimiento del 168.4 %. El porcentaje alto de parto pretérmino en gestaciones múltiples es probablemente en parte por la sobredistensión uterina, el porcentaje de parto pretérmino es de aproximadamente 100 % para cuádruples. ⁽²⁵⁾

Es uno de los riesgos más altos de parto pretérmino aproximadamente 50 % de los gemelos y casi todas las gestaciones múltiples nacen antes de las 37 semanas. ⁽²⁵⁾

3. Factores fetales:

a. Sexo del feto.

Algunos autores han señalado una mayor prevalencia de varones entre los prematuros, acentuándose dicha asociación entre los nacimientos prematuros. ⁽²⁵⁾

b. Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU):

Es la insuficiente expresión del potencial genético de crecimiento fetal. También llamado crecimiento intrauterino restringido (CIR). La RCIU también es un factor de riesgo para PP ya que en muchos casos su manejo es la culminación precoz del embarazo. ⁽²⁵⁾

c. Sufrimiento Fetal:

El sufrimiento fetal es una complicación infrecuente del parto. Se produce, por lo general, cuando el feto no ha recibido suficiente oxígeno. Los médicos suelen identificar el sufrimiento fetal basándose en un patrón anómalo de la frecuencia cardíaca del feto; esto también es un causante de riesgo en el parto pretérmino ⁽²⁵⁾

d. Polihidramnios:

Es una afección que se presenta cuando se acumula demasiado líquido amniótico durante el embarazo. También se conoce como trastorno del líquido amniótico, o hidramnios; significando esto también un riesgo para el parto pretérmino ⁽²⁵⁾

e. Malformaciones fetales:

Se trata de anomalías estructurales o funcionales, como los trastornos metabólicos, que ocurren durante la vida intrauterina y se detectan durante el embarazo, en el parto o en un momento posterior de la vida. Es considerado por los expertos como un posible riesgo de parto pretérmino. ⁽²⁵⁾

C. Prevención del parto prematuro

Investigaciones han identificado posibles métodos para prevenir el nacimiento prematuro, Pre-eclampsia, ruptura prematura de membranas, y el trabajo de parto prematuro. La investigación sugiere métodos personales de cuidado para reducir infecciones, ayuda nutricional y psicológica, y el control de factores de riesgo del nacimiento prematuro (largas horas de trabajo de pie, exposiciones a monóxido de carbono, abuso doméstico, entre otros. ⁽²⁶⁾

D. Cuadro clínico:

Los síntomas de un parto prematuro espontáneo inminente señalan a un probable parto prematuro; tales signos se componen de cuatro o más contracciones uterinas en una hora desde la semana 21 y antes de las 37 semanas de gestación. En contraste con las falsas alarmas, los partos verdaderos se acompañan de acortamiento del cuello del útero y borramiento del mismo. Además, se caracteriza por sangrado vaginal en el tercer trimestre, una fuerte presión en la pelvis, y/o dolor abdominal o de espalda los cuales pueden ser indicadores de que un parto prematuro está a punto de ocurrir. Un flujo acuoso por la vagina puede indicar la rotura prematura de las membranas que rodean al bebé. Si bien la ruptura de las membranas no siempre va seguida por un trabajo de parto, por lo general, pueden causar infección conocida como corioamnionitis, que es una amenaza real tanto para el feto como para la madre, por lo que se indica el parto. En algunos casos, el cuello uterino se dilata prematuramente sin dolor o sin la percepción de las contracciones uterinas, por lo que la madre puede no tener señales de advertencia hasta que sea muy tarde en el proceso del parto. ⁽²⁶⁾

E. Consecuencias:

Los niños nacidos con una diferencia de más de 2 semanas antes de las 40 semanas, muestran signos físicos de su nacimiento prematuro y también pueden desarrollar otros problemas como: ictericia, hipoglicemia, hipocalcemia, síndrome de distrés respiratorio, displasia broncopulmonar, hemorragia intracraneal, retinopatía prematura, enterocolitis necrosante y raquitismo. Como las unidades neonatológicas de cuidado intensivo han mejorado con los años, la etapa de gestación menor ha bajado alrededor de 25 semanas (400-500 gramos). ⁽²⁶⁾

1.4. Definición de términos básicos

- **Mujer:** persona del sexo femenino, que ha alcanzado la pubertad.
- **Gestante:** Recibe esta denominación toda mujer que está embarazada.
- **Adolescentes:** es el periodo de vida del ser humano, que se inicia con las primeras transformaciones de cambios en la pubertad que empieza de los 12 a 14 años y concluye el desarrollo adulto entre los 18 a 20 años.
- **Embarazo:** estado de la mujer en gestación, y transcurre entre la fecundación del ovulo con el espermatozoide y el parto, dura aproximadamente 280 días.
- **Parto:** es la acción de parir, comprende 3 fases: dilatación, expulsión y alumbramiento.

- **Parto Pre término:** Culminación del embarazo ocurrida entre las 22 semanas y las 37 semanas de gestación 24
- **Prevalencia:** La prevalencia es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.
- **Complicación:** Fenómeno que sobreviene en el curso de una enfermedad y que agrava el pronóstico. Situación que agrava y alarga el curso de una enfermedad y que no es propio de ella.

1.5. Justificación

Uno de los problemas más importantes en la perinatología actual es la patología inherente a la prematuridad, puesto que constituye un porcentaje alto de nuestra población con diferencias sostenibles entre países y entre poblaciones estudiadas y con un impacto sobre la morbi-mortalidad perinatal muy destacado, mayor cuanto más prematuro es el recién nacido. Si a ello añadimos las connotaciones socioeconómicas, se delimita en su conjunto una de las problemáticas más serias de los sistemas sanitarios. ⁽⁴⁾

Algunos estudios han demostrado una relación constante entre diversas características demográficas, maternas y antecedentes obstétricos con riesgo de parto pretérmino, por lo que es necesario subrayar que el conocimiento adecuado de los factores que intervienen en la etiología de parto pretérmino permitir establecer y orientar políticas y acciones destinadas a la prevención de este cuadro. Ya que a pesar de tener etiología multifactorial de alguna manera estos factores son susceptibles de ser modificados. ⁽⁴⁾

La prematurez ha sido una patología a la cual el obstetra y pediatra se han enfrentado durante años, ha sido poco el terreno ganado, inclusive en los países desarrollados, es la primera causa de muerte perinatal. Son grandes los esfuerzos que se realizan en materia de investigación y asistencia. ⁽⁴⁾

En el Perú, la incidencia del parto prematuro ha registrado un máximo de 8,8% ; y en el Instituto Especializado Materno Perinatal el año 2013 fue 20,6%, siendo la causa principal de muerte y discapacidad neonatal. Dos principales factores contribuyen a este cuadro desalentador: el insuficiente arsenal terapéutico, eminentemente sintomático; y la ausencia de criterios confiables para la selección de poblaciones en alto riesgo de parto pretérmino; a

pesar de la dedicación invertida en desarrollar diferentes estrategias de predicción en pacientes sintomáticas y asintomáticas. ⁽⁵⁾

Existen reportes que muestran que más de 90 % de los niños nacidos entre 28 y 29 semanas de gestación superviven, mientras que los nacidos entre las 22 y 23 semanas tienen un índice de supervivencia de 20 a 30 %; sin embargo, estos últimos suelen padecer, a largo plazo, secuelas neurológicas. Las complicaciones a corto plazo, asociadas con parto pre término, incluyen: síndrome de sufrimiento respiratorio, hemorragia interventricular, leucomalacia periventricular, enterocolitis necrotizante, displasia broncopulmonar, sepsis y persistencia del conducto arterioso) mientras que las secuelas a largo plazo se vinculan con parálisis cerebral, retraso mental y retinopatía del prematuro. ⁽⁵⁾

El interés y la inquietud por llevar a cabo este trabajo de investigación nacieron de la reflexión y la toma de consciencia al ver el número de partos prematuros en nuestro país, suele ser por determinantes sociales, maternos y fetales, para poder disminuir los riesgos que les impidan lograr su bienestar. Como profesionales e investigadores de la salud es de gran importancia y pertinencia enfocarse en salvaguardar el bienestar integral de la madre en condiciones vulnerables, además de enfrentar el compromiso de desarrollar y realizar aportaciones que puedan ser utilizados como medidas preventivas.

Por lo expuesto anteriormente el presente trabajo de investigación tiene como objetivo conocer cuáles son los factores determinantes del parto prematuro en el Hospital II-2 MINSA y EsSalud Tarapoto en el periodo Julio a diciembre del 2017 ya que no existe investigaciones realizadas acerca de lo mencionado por lo que se considera que los resultados de esta investigación brindarán evidencias de la magnitud. Se espera que éstos resultados, ligados con la intervención, apoyen cambios en las políticas, programas y servicios, pero principalmente en las personas, para que el parto prematuro pueda detectarse y prevenir a tiempo.

1.6. Problema

¿Qué diferencias existen entre los factores sociales, maternos y fetales asociados al parto prematuro en el hospital II-2 MINSA y EsSalud - Tarapoto, durante el periodo julio – diciembre 2017?

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Determinar las diferencias entre los factores sociales, maternos y fetales asociados al parto prematuro en los hospitales II-2 Minsa y Es Salud - Tarapoto periodo julio a diciembre del 2017.

2.2. Objetivos Específicos

1. Identificar los factores sociales asociados al parto prematuro en los Hospitales II - 2 MINSA y ESSALUD - Tarapoto, julio a diciembre, 2017.
2. Identificar los factores maternos asociados al parto prematuro en el Hospitales II - 2 MINSA y ESSALUD - Tarapoto, julio a diciembre, 2017.
3. Identificar los factores fetales asociados al parto prematuro en el Hospitales II - 2 MINSA y ESSALUD - Tarapoto, julio a diciembre, 2017.
4. Identificar los factores fetales asociados al parto prematuro en el Hospitales II - 2 MINSA y ESSALUD - Tarapoto, julio a diciembre, 2017.
5. Identificar la edad gestacional de los niños nacidos de forma prematura en el Hospitales II - 2 MINSA y ESSALUD - Tarapoto, julio a diciembre, 2017.

2.3. Hipótesis e Investigación:

Existen diferencias significativas entre los factores sociales, maternos y fetales asociados al parto prematuro en el hospital II-2 MINSA y EsSalud - Tarapoto, durante el periodo julio – diciembre 2017

2.4.Sistema de Variables

2.4.1. Identificación de Variables

Variable 1: Factores sociales, maternos y fetales

Variable 2: Parto prematuro

2.4.2. Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEF. TEORICA	DEF. OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA DE MEDICION
FACTORES SOCIALES, MATERNOS Y FETALES	Es un proceso complejo que involucra muchos factores que pueden resultar el nacimiento de un parto prematuro y tienen considerable evidencia: activación endocrina fetal precoz, sobre distensión uterina, hemorragia decidual, intrauterina y la inflamación o infección.	Factores sociales, maternas y fetales que contribuyen a producir el parto prematuro, los cuales serán medidos con una escala de medición cualitativa (nominal, ordinal).	Factores sociales.	Ascendencia:	1.Piel oscura	Nominal
					2.Piel clara	
					3.Mestiza	
				Estado civil:	1.Soltera	Nominal
					2.Casada	
					3.Viuda	
					4.divorciada	
				Grado de instrucción:	1.Iletrada	Ordinal
					2.Primaria	
					3.Secundaria	
					4.Superior no universitaria	
					5.Superior universitaria	
				Procedencia:	1.Urbana	Nominal
					2. Rural	
					3.Urbano marginal	
Ingresos económicos	1.Menor de 1000 soles	Ordinal				
	2.Entre 1001 y 2000 soles					
	3. Entre 2001 y 3000 soles					
	4.Mayor de 3000 soles					
Ocupación:	1.Ama de casa	Nominal				
	2.Comerciante					
	3.Empleada					
	4.Obrera					
	1. Menores de 18 años.					
	2.De 19 a 25					
	3.De 26 a 35					

			Factores Maternos	Edad:	4.De 36 a 45	Ordinal
					5.Mayores de 45 años	
				Consumo de sustancia toxicas:	1.Si	Nominal
					2.No	
				Infecciones del tracto urinario:	1.Si	Nominal
					2.No	
				Antecedentes de cesárea:	1.Si	Nominal
					2.No	
				Antecedentes de aborto:	1.Si	Nominal
					2.No	
				Antecedentes de parto prematuro	1.Si	Nominal
					2.No	
				Periodo intergenésico:	1.- menor 6 meses	Ordinal
					2. Entre 6 meses y un año	
					3. Entre 1 año y 3 años	
					4. mayor de 3 años	
				Paridad:	1.Nulípara	Nominal
					2.Primípara	
					3.Multípara	
					4.Gran multípara	
Preeclamsia:	1.Si	Nominal				
	2.No					
Anemia:	1.Si	Nominal				
	2.No					
RPM:	1.Si	Nominal				
	2.No					
DPP	1.Si	Nominal				
	2.No					

				Múltiples fetos:	1.Si 2.No	Nominal
			Factores Fetales	Sexo del feto:	1.Masculino 2.Femenino	Nominal
				RCIU	1.Si 2.No	Nominal
				Sufrimiento Fetal	1.Si 2.No	Nominal
				Polihidramnios	1.Si 2.No	Nominal
					Malformaciones fetales:	1.Si 2.No
PARTO PREMATURO	Es el que acontece cuando el embarazo tiene entre 22 y 36 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación. ⁽¹⁹⁾	La prematurez se asocia a determinantes sociales, maternos y fetales		Parto pre término	Parto pre término	< de 28 semanas de 28 a 32 semanas de 32 a 36 semanas

Fuente: Elaboración propia

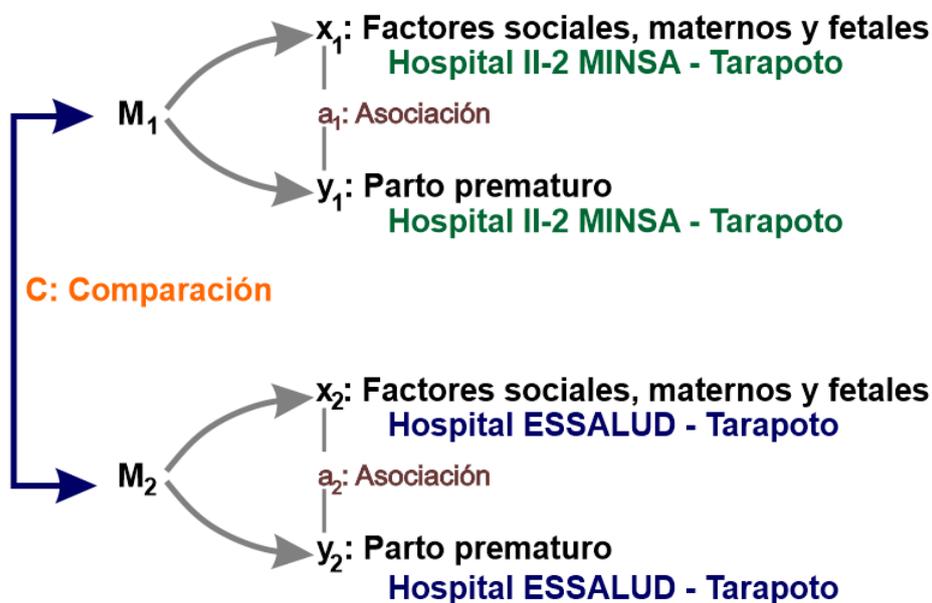
III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Tipo de estudio

La Investigación es de tipo descriptiva correlacional, porque se describirá a la variable y sus dimensiones y luego se correlacionará la información obtenida del Hospital II-2 MINSA – Tarapoto y el Hospital ESSALUD – Tarapoto, para establecer alguna asociación entre variables y dimensiones.

3.2. Diseño de Investigación

El diseño de esta investigación es no experimental



Donde:

M1: Muestra del Hospital II-2 MINSA – Tarapoto

M2: Muestra del Hospital ESSALUD – Tarapoto

X1: Variable 1, correspondiente al Hospital II-2 MINSA – Tarapoto

Y1: Variable 2, correspondiente al Hospital II-2 MINSA – Tarapoto

X2: Variable 1 correspondiente al Hospital ESSALUD – Tarapoto

Y2: Variable 2 correspondiente al Hospital ESSALUD – Tarapoto

3.3. Universo Población y Muestra

Universo

Conformado por 252 gestantes con parto pretérmino del Hospital II-2 MINSA y ESSALUD-Tarapoto

Población

La población estuvo constituida por 87 gestantes con parto prematuro atendidas en el Hospital II-2 MINSA - Tarapoto y 87 gestantes con parto prematuro atendidas en el Hospital ESSALUD – Tarapoto, durante el periodo de estudio.

Fuente 1: Dirección de Estadística del Hospital II-2 MINSA - Tarapoto

Fuente 2: Dirección de Estadística del Hospital Es Salud - Tarapoto

Muestra: Para el establecimiento de la muestra se utilizó el muestreo no probabilístico intencional, dada la indisponibilidad y negativa a la participación de algunas parturientas, por lo que la muestra está conformada por 174 parturientas repartidos 87 en el Hospital MINSA – Tarapoto y 87 en EsSalud Tarapoto.

3.3.1. Criterios de inclusión

Gestantes con parto prematuro atendidas en el Hospital II-2 MINSA - Tarapoto

Gestantes con parto prematuro atendidas en el Hospital ESSALUD - Tarapoto

3.3.2. Criterios de exclusión

Gestantes con parto normal atendidas en el Hospital II-2 MINSA - Tarapoto

Gestantes con parto normal atendidas en el Hospital ESSALUD – Tarapoto

3.4. Procedimiento

Para la recolección de la información de los datos que fueron necesarios para la tabulación y elaboración del presente estudio se procedió del siguiente modo:

1. Se verificó los recursos humanos y económicos que nos podían facilitar y que estén disponibles para realizar el estudio.

2. Se solicitó permiso al director del Hospital II-2 MINSA-Tarapoto y el Hospital Es Salud Tarapoto para aplicar el instrumento de estudio.
3. Se identificó y selección las gestantes del Hospital II-2 MINSA- Tarapoto y el Hospital Es Salud
4. Se solicitó consentimiento informado de las gestantes para aplicar la encuesta asegurando la confidencialidad de los datos e información.
5. La observación se realizó tomando en cuenta a la muestra de las gestantes con parto prematuro
6. Los datos, se obtuvieron a través fichas de recolección de datos de las gestantes con parto prematuro, complementadas con las historias clínicas.
7. Se interpretó los datos y resultados.
8. Se extrajeron las conclusiones.

3.5. Técnicas e instrumentos de la recolección de datos

Se utilizó la técnica de la observación para la recolección de datos, complementada con la revisión de historias clínicas.

Como instrumento de recolección de datos se utilizó la ficha de recolección de datos que se ha confeccionado para la presente investigación. La ficha de recolección de datos está conformada por las variables: Factores sociales, maternos y fetales, que a su vez se divide en las dimensiones: Factores sociales con sus indicadores: Ascendencia, estado civil, grado de instrucción, procedencia, ingresos económicos y profesión; la dimensión: Factores maternos con sus indicadores: Edad, consumo de sustancias tóxicas, infecciones del tracto urinario, antecedentes de cesárea, antecedentes de aborto, antecedentes de parto prematuro, período intergenésico, paridad, preeclamsia, anemia, RPM, DPP, múltiples fetos; y la dimensión factores fetales con sus indicadores: Sexo del feto, factores RCIU, sufrimiento fetal, polihidramnios, malformaciones fetales. La variable parto prematuro, cuya dimensión e indicador es parto pretérmino, con los ítems: < de 28 semanas, de 28 a 32 semanas y de 32 a 36 semanas.

Validación del instrumento de recolección de datos

Una vez elaborado el instrumento de recolección de datos se procedió a la validación del instrumento a través del juicio de expertos (03 obstetras con grado mínimo de maestría), dando la conformidad y los cambios pertinentes al instrumento.

Levantado las observaciones se procedió a validar el instrumento directamente recolectando información a través de las fichas de recolección de datos.

3.6. Plan de tabulación y análisis de datos

Para el análisis estadístico se utilizó la estadística descriptiva (tablas de distribución de frecuencias), para ver si hay asociación entre las variables de estudio en el Hospital II-2 MINSA, se utilizó la estimación chi cuadrado, el cual permitió establecer la asociación entre las variables: factores sociales, maternos, fetales y parto prematuro en el Hospital II-2 MINSA – Tarapoto; y para ver si hay asociación entre las variables de estudio en el Hospital ESSALUD - Tarapoto, también se utilizó la estimación chi cuadrado, el cual permitió establecer la asociación entre las variables: factores sociales, maternos, fetales y parto prematuro, en el Hospital ESSALUD – Tarapoto. Se consideró que hay significancia estadística si se tiene un valor $P < 0.05$. Estos datos fueron procesados utilizando el software SPSS versión 25.

3.7. Aspecto ético:

El estudio no afectó la integridad de los estudiantes porque se pidió el permiso a los directivos, docentes y padres de familia de la institución educativa, la recolección de información se recolectó garantizando en todo el proceso la confidencialidad y la reserva de la información.

IV. RESULTADOS

Como primer paso se realiza la prueba de normalidad, para saber si nuestra distribución es normal o no, y de acuerdo a ello elegir la prueba de hipótesis adecuada

Tabla 1. Prueba de normalidad para la distribución de gestantes con parto prematuro en el Hospital II - 2 MINSA - Tarapoto, julio a diciembre, 2017

Pruebas de normalidad						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
V1,2 MINSA	0,191	65	0,000	0,863	65	0,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Para este caso como tenemos una muestra de 87 madres que se atienden el Hospital II-2 MINSA Tarapoto, por ser la muestra mayor a 50 se elige la prueba de Kolmogorov-Smirnov, donde se puede observar que la significancia es $0.000 < 0.05$, lo cual indica que las muestras no siguen una distribución normal.

Tabla 2. Prueba de normalidad para la distribución de gestantes con parto prematuro en el Hospital ESSALUD - Tarapoto, julio a diciembre, 2017

Pruebas de normalidad						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
V1,2 MINSA	0,149	65	0,000	0,885	65	0,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Para este caso como tenemos una muestra de 87 madres que se atienden el Hospital ESSALUD Tarapoto, por ser la muestra mayor a 50 se elige la prueba de Kolmogorov-Smirnov, donde se puede observar que la significancia es $0.000 < 0.05$, lo cual indica que las muestras no siguen una distribución normal.

Estadísticas descriptivas

Tabla 3. Factores sociales asociados al parto prematuro en los Hospitales II - 2 MINSA - Tarapoto y EsSalud - Tarapoto, julio a diciembre, 2017

Factores Sociales		fi - MINSA	hi% - MINSA	fi - ESSALUD	hi% - ESSALUD	TOTAL - fi	TOTAL - hi%
Ascendencia:	Piel oscura	20	22.99%	15	17.24%	35	20.00%
	Piel clara	21	24.14%	37	42.53%	58	33.14%
	Mestiza	46	52.87%	35	40.23%	82	46.86%
Estado civil:	Soltera	8	9.20%	17	19.54%	25	14.29%
	Casada	10	11.49%	6	6.90%	16	9.14%
	Conviviente	69	79.31%	64	73.56%	134	76.57%
Grado de instrucción:	Inicial	14	16.09%	2	2.30%	16	9.14%
	Primaria	21	24.14%	8	9.20%	29	16.57%
	Secundaria	36	41.38%	56	64.37%	93	53.14%
	Superior no universitaria	9	10.34%	20	22.99%	29	16.57%
	Superior universitaria	7	8.05%	1	1.15%	8	4.57%
Procedencia:	Urbana	74	85.06%	29	33.33%	103	58.86%
	Rural	4	4.60%	31	35.63%	35	20.00%
	Urbano marginal	9	10.34%	27	31.03%	37	21.14%
Ingresos económicos	Menor de 1000 soles	22	25.29%	0	0.00%	22	12.57%
	Entre 1001 y 2000 soles	57	65.52%	28	32.18%	85	48.57%
	Entre 2001 y 3000 soles	5	5.75%	35	40.23%	40	22.86%
	Mayor de 3000 soles	3	3.45%	24	27.59%	28	16.00%
Ocupación:	Ama de casa	52	59.77%	13	14.94%	65	37.14%
	Comerciante	3	3.45%	29	33.33%	32	18.29%
	Empleada	30	34.48%	18	20.69%	48	27.43%
	En su profesión	2	2.30%	27	31.03%	30	17.14%

Fuente: Ficha de datos de las mujeres con parto prematuro en el Hospital II-2 MINSA - Tarapoto y el Hospital EsSalud – Tarapoto - Elaboración propia

Interpretación:

El grado de instrucción, la procedencia, los ingresos económicos y la ocupación, son los factores más heterogéneos de la dimensión factores sociales entre el Hospitales II - 2 MINSA - Tarapoto y EsSalud - Tarapoto

Tabla 4. Factores sociales maternos al parto prematuro en los Hospitales II - 2 MINSA - Tarapoto y EsSalud - Tarapoto, julio a diciembre, 2017

Factores maternos		fi - MINSA	hi% - MINSA	fi - ESSALUD	hi% - ESSALUD	TOTAL - fi	TOTAL - hi%
Edad:	1. Menores de 18 años.	22	25.29%	11	12.64%	33	18.97%
	2.De 19 a 25	29	33.33%	25	28.74%	54	31.03%
	3.De 26 a 35	15	17.24%	25	28.74%	40	22.99%
	4.De 36 a 45	12	13.79%	15	17.24%	27	15.52%
	5.Mayores de 45 años	9	10.34%	11	12.64%	20	11.49%
Consumo de sustancia tóxicas:	1.Si	12	13.79%	7	8.05%	19	10.92%
	2.No	75	86.21%	80	91.95%	155	89.08%
Infecciones del tracto urinario:	1.Si	56	64.37%	34	39.08%	90	51.72%
	2.No	31	35.63%	53	60.92%	84	48.28%
Antecedentes de cesárea:	1.Si	16	18.39%	26	29.89%	42	24.14%
	2.No	71	81.61%	61	70.11%	132	75.86%
Antecedentes de aborto:	1.Si	22	25.29%	10	11.49%	32	18.39%
	2.No	65	74.71%	77	88.51%	142	81.61%
Antecedentes de parto prematuro	1.Si	22	25.29%	16	18.39%	38	21.84%
	2.No	65	74.71%	71	81.61%	136	78.16%
Periodo intergenésico:	1.- menor 6 meses	12	13.79%	5	5.75%	17	9.71%
	2. Entre 6 meses y un año	37	42.53%	8	9.20%	45	25.71%
	3. Entre 1 año y 3 años	30	34.48%	52	59.77%	82	46.86%

Factores maternos		fl - MINSa	hl% - MINSa	fl - ESSALUD	hl% - ESSALUD	TOTAL - fl	TOTAL - hl%
	4. mayor de 3 años	8	9.20%	22	25.29%	31	17.71%
Paridad:	1.Nulípara	8	9.20%	20	22.99%	28	16.09%
	2.Primípara	12	13.79%	19	21.84%	31	17.82%
	3.Multípara	37	42.53%	22	25.29%	70	40.23%
	4.Gran múltipara	30	34.48%	26	29.89%	45	25.86%
Preeclamsia:	1.Si	28	32.18%	36	41.38%	64	36.78%
	2.No	59	67.82%	51	58.62%	110	63.22%
Anemia:	1.Si	29	33.33%	19	21.84%	48	27.59%
	2.No	58	66.67%	68	78.16%	126	72.41%
RPM:	1.Si	14	16.09%	8	9.20%	22	12.64%
	2.No	73	83.91%	79	90.80%	152	87.36%
DPP	1.Si	11	12.64%	7	8.05%	18	10.34%
	2.No	76	87.36%	80	91.95%	156	89.66%
Múltiples fetos:	1.Si	5	5.75%	3	3.45%	8	4.60%
	2.No	82	94.25%	84	96.55%	166	95.40%

Fuente: Ficha de datos de las mujeres con parto prematuro en el Hospital II-2 MINSa – Tarapoto y el Hospital EsSalud - Tarapoto - Elaboración propia

Interpretación: La mayoría de los indicadores tienen un comportamiento homogéneo en la dimensión factores maternos entre el Hospitales II - 2 MINSa - Tarapoto y EsSalud – Tarapoto.

Tabla 5. Factores sociales fetales al parto prematuro en los Hospitales II - 2 MINSA – Tarapoto y ESSALUD - Tarapoto, julio a diciembre, 2017

Factores fetales		fi - MINSA	hi% - MINSA	fi – ESSALUD	hi% - ESSALUD	TOTAL - fi	TOTAL - hi%
Sexo del feto:	1.Masculino	40	45.98%	42	48.28%	82	47.13%
	2.Femenino	47	54.02%	45	51.72%	92	52.87%
RCIU	1.Si	9	10.34%	12	13.79%	21	12.07%
	2.No	78	89.66%	75	86.21%	153	87.93%
Sufrimiento Fetal	1.Si	12	13.79%	15	17.24%	27	15.52%
	2.No	75	86.21%	72	82.76%	147	84.48%
Polihidramnios	1.Si	10	11.36%	8	9.30%	18	10.34%
	2.No	78	88.64%	78	90.70%	156	89.66%
Malformaciones fetales:	1.Si	8	9.20%	6	6.90%	14	8.05%
	2.No	79	90.80%	81	93.10%	160	91.95%

Fuente: Ficha de datos de las mujeres con parto prematuro en el Hospital II-2 MINSA – Tarapoto y el Hospital EsSalud - Tarapoto - Elaboración propia

Interpretación: La mayoría de los indicadores tienen un comportamiento homogéneo en la dimensión factores fetales entre el Hospitales II - 2 MINSA - Tarapoto y EsSalud – Tarapoto.

Tabla 6

Parto prematuro en los Hospitales II - 2 MINSA – Tarapoto y ESSALUD - Tarapoto, julio a diciembre, 2017

Parto prematuro		fi - MINSA	hi% - MINSA	fi - ESSALUD	hi% - ESSALUD	TOTAL - fi	TOTAL - hi%
Parto prematuro	Menor de 28 semanas	24	27.59%	26	29.89%	50	28.74%
	Entre 28 y 32 semanas	28	32.18%	36	41.38%	64	36.78%
	Entre 32 y 36 semanas	35	40.23%	25	28.74%	60	34.48%

Fuente: Ficha de datos de las mujeres con parto prematuro en el Hospital II-2 MINSA – Tarapoto y el Hospital EsSalud - Tarapoto - Elaboración propia

Estadísticas inferenciales: Pruebas de hipótesis

Prueba de asociatividad de variables en el Hospital II-2 MINSA- Tarapoto

H₀: No existe asociación entre los factores sociales, maternos, fetales y el parto prematuro en el hospital II-2 MINSA - Tarapoto, durante el periodo julio – diciembre 2017

H_a: Existe asociación entre los factores sociales, maternos, fetales y el parto prematuro en el hospital II-2 MINSA - Tarapoto, durante el periodo julio – diciembre 2017

Tabla 7. Asociación entre las variables **factores sociales, maternos, fetales y parto prematuro**, en el Hospital II-2 MINSA - Tarapoto periodo julio a diciembre del 2017

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2139,367	1440	0,000
Razón de verosimilitud	427,340	1440	1,000
Asociación lineal por lineal	50,021	1	0,000
N de casos válidos	65		

Fuente: Elaboración propia con datos de las encuestas aplicadas en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto

Interpretación: Como la significación asintótica es $0.000 < 0.05$, entonces se rechaza la hipótesis nula con un nivel de confianza del 95% y se acepta la hipótesis alterna: Existe asociación entre los factores sociales, maternos, fetales y el parto prematuro en el hospital II-2 MINSA - Tarapoto, durante el periodo julio – diciembre 2017

Prueba de asociatividad de variables en el Hospital EsSalud- Tarapoto

H₀: No existe asociación entre los factores sociales, maternos, fetales y el parto prematuro en el hospital EsSalud - Tarapoto, durante el periodo julio – diciembre 2017

H_a: Existe asociación entre los factores sociales, maternos, fetales y el parto prematuro en el hospital EsSalud - Tarapoto, durante el periodo julio – diciembre 2017

Tabla 8. Asociación entre las variables **factores sociales, maternos, fetales y parto prematuro**, en el Hospital EsSalud - Tarapoto periodo julio a diciembre del 2017

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2708,333	2304	0,000
Razón de verosimilitud	473,668	2304	1,000
Asociación lineal por lineal	37,293	1	0,000
N de casos válidos	65		

Fuente: Elaboración propia con datos de las encuestas aplicadas en el Hospital EsSalud – Tarapoto

Interpretación: Como la significación asintótica es $0.000 < 0.05$, entonces se rechaza la hipótesis nula con un nivel de confianza del 95% y se acepta la hipótesis alterna: Existe asociación entre los factores sociales, maternos, fetales y el parto prematuro en el hospital EsSalud - Tarapoto, durante el periodo julio – diciembre 2017

Prueba comparativa entre el Hospital II-2 MINSA Tarapoto y Hospital EsSalud Tarapoto

Ho: No Existen diferencias entre los factores sociales, que se asocian al parto prematuro en los hospitales II-2 MINSA – Tarapoto y EsSalud - Tarapoto periodo julio a diciembre del 2017

Ha: Existen diferencias entre los factores sociales, que se asocian al parto prematuro en los hospitales II-2 MINSA – Tarapoto y EsSalud - Tarapoto periodo julio a diciembre del 2017

Tabla 9. Diferencias entre los **factores sociales**, que se asocian al parto prematuro en los Hospitales II-2 MINSA y EsSalud - Tarapoto periodo julio a diciembre del 2017

	Factores sociales
U de Mann-Whitney	101964,000
W de Wilcoxon	238467,000
Z	-7,045
Sig. asintótica(bilateral)	0,000

Fuente: Ficha de datos de las mujeres con parto prematuro en el Hospital II-2 MINSA - Tarapoto y el Hospital EsSalud - Tarapoto - Elaboración propia

Interpretación: Como la significación asintótica es $0.000 < 0.05$, entonces se rechaza la hipótesis nula con un nivel de confianza del 95% y se acepta la hipótesis alterna: Existen diferencias entre los factores sociales, que se asocian al parto prematuro en los hospitales II-2 MINSA – Tarapoto y EsSalud - Tarapoto periodo julio a diciembre del 2017.

H₀: No Existen diferencias entre los factores maternos, que se asocian al parto prematuro en los hospitales II-2 MINSA – Tarapoto y EsSalud - Tarapoto periodo julio a diciembre del 2017

H_a: Existen diferencias entre los factores maternos, que se asocian al parto prematuro en los hospitales II-2 MINSA – Tarapoto y EsSalud - Tarapoto periodo julio a diciembre del 2017

Tabla 10. Diferencias entre los **factores maternos**, que se asocian al parto prematuro en los Hospitales II-2 MINSA y EsSalud - Tarapoto periodo julio a diciembre del 2017

	Factores maternos
U de Mann-Whitney	519,000
W de Wilcoxon	1080,000
Z	-,327
Sig. asintótica(bilateral)	0,744

Fuente: Ficha de datos de las mujeres con parto prematuro en el Hospital II-2 MINSA - Tarapoto y el Hospital EsSalud - Tarapoto - Elaboración propia

Interpretación: Como la significación asintótica es $0.744 > 0.05$, entonces se acepta la hipótesis nula con un nivel de confianza del 95% y se rechaza la hipótesis alterna: No existen diferencias entre los factores maternos, que se asocian al parto prematuro en los hospitales II-2 Minsa – Tarapoto y Es Salud - Tarapoto periodo julio a diciembre del 2017.

H₀: No Existen diferencias entre los factores fetales, que se asocian al parto prematuro en los hospitales II-2 MINSA – Tarapoto y EsSalud - Tarapoto periodo julio a diciembre del 2017

H_a: Existen diferencias entre los factores fetales, que se asocian al parto prematuro en los hospitales II-2 MINSA – Tarapoto y EsSalud - Tarapoto periodo julio a diciembre del 2017

Tabla 11. Diferencias entre los **factores fetales**, que se asocian al parto prematuro en los Hospitales II-2 Minsa y Es Salud - Tarapoto periodo julio a diciembre del 2017

	Factores fetales
U de Mann-Whitney	48,500
W de Wilcoxon	103,500
Z	-,114
Sig. asintótica(bilateral)	,909
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	0,912

Fuente: Ficha de datos de las mujeres con parto prematuro en el Hospital II-2 MINSa - Tarapoto y el Hospital EsSalud - Tarapoto - Elaboración propia

Interpretación: Como la significación asintótica es $0.912 > 0.05$, entonces se acepta la hipótesis nula con un nivel de confianza del 95% y se rechaza la hipótesis alterna: No existen diferencias entre los factores fetales, que se asocian al parto prematuro en los hospitales II-2 Minsa – Tarapoto y Es Salud - Tarapoto periodo julio a diciembre del 2017.

V. DISCUSIÓN

A partir de los hallazgos encontrados, existe asociación entre los factores sociales, maternos, fetales y el parto prematuro en el hospital II-2 MINSA - Tarapoto, durante el periodo julio – diciembre 20, también existe asociación entre los factores sociales, maternos, fetales y el parto prematuro en el hospital EsSalud - Tarapoto, durante el periodo julio – diciembre 2017; además existen diferencias significativas entre los factores sociales, asociados al parto prematuro en el hospital II-2 MINSA y EsSalud – Tarapoto, pero no existen diferencias significativas entre los factores maternos asociados al parto prematuro en el hospital II-2 MINSA y EsSalud – Tarapoto; y también no existen diferencias significativas entre las determinantes fetales asociados al parto prematuro en el hospital II-2 MINSA y EsSalud - Tarapoto, durante el periodo julio – diciembre 2017. Estos resultados guardan relación con Espino E. (2016), quien encontró que predominó el grupo etario de pacientes con edades de 25-29 años con 31%, 75% que tenían secundaria, 94% eran ama de casa, 75% conviven con su pareja y 36% de estas pacientes fueron primíparas.

Además, se relaciona con Robayo W. (2013) quien encontró adolescentes embarazadas con edades entre los 16 y 19 años, estado civil el 49,4% mantenía en unión libre, un alto porcentaje 30,6% eran madres solteras y tan solo un 20% estaba legalmente casadas. La mayoría del grupo poblacional, al momento de encontrarse en labor de parto, estaba cursando entre las 37 y 41 semanas de embarazo, de todos estos el 70% finalizó el embarazo por vía cefalovaginal y por varias causas el 30% en cesárea.

Las condiciones que favorecen a las complicaciones sobre todo en jóvenes ya que aún la continuación física y psicológica de la madre no es adecuada y amerita mejorar sus condiciones para prepararla para una gestión saludable, la educación es un elemento prioritario sobre todo si es superior, ya que muchas mujeres dejan de estudiar por dedicarse a su familia sin tener posibilidades de desarrollarse como ser humano con diferentes posibilidades. Por lo rural podemos decir que las mujeres no pueden acceder a información relevante y educativa en salud.

También guarda relación con Chávez L. (2014), quien encontró que el 55.9% de la población gestante con 41 y 42 semanas de gestación finalizó en cesárea y el 44.1%

culminó por parto vaginal. Igualmente se relaciona con Sánchez M, Yataco M. (2016), quienes encontraron como variables obstétricas: 43.1% tuvieron control prenatal deficiente, el 24.5% no tuvieron ninguna atención prenatal, con respecto al IMC pre-gestacional el 47,5% tuvo sobrepeso; 11.5% presentaron edad gestacional mayor de 42 semanas; 79,1% son multíparas, los antecedentes de macrosomía fetal y obesidad materna fueron los factores de riesgos que predominaron con mayor porcentaje.

Por otro lado, Robayo W. (2013) encontró de las adolescentes embarazadas, el 42,5% presentaron algún tipo de complicación, 30% presentó desgarros perineales, principalmente grado I y II, las hemorragias correspondieron a un 10% y otras complicaciones que representaron el 25%. Igualmente se relaciona con Sánchez M, Yataco M. (2016), quienes concluyen que las complicaciones maternas predominantes fueron trabajo de parto disfuncional, desgarro de partes blandas y hemorragias post parto. Por su lado Espino E. (2016), encontró como complicaciones maternas: 59% no había tenido ninguna complicación materna, sin embargo 31% han tenido desgarro perineal siendo la complicación con más alto porcentaje.

También Sánchez M, Yataco M. (2016), concluyen como complicaciones perinatales el sufrimiento fetal agudo, depresión leve al nacer y distocia de hombros. Por su lado Espino E. (2016), encontró bajo peso al nacer, APGAR bajo, muerte neonatal y sufrimiento fetal agudo,

Ortiz C, Marcos N, Pérez J, Moya B, Pérez J. (2012), encontraron que la morbimortalidad perinatal resultó similar en mujeres de parto vaginal y cesárea, mientras que se observa un incremento alarmante de la morbilidad materna en el grupo de pacientes que fueron operadas.

A pesar de no tener otros estudios podemos mencionar que en las mujeres de parto vaginal la característica sociodemográfica de mayor relación es el grado de instrucción que se relaciona con las complicaciones maternas y perinatales, hecho que puede vincularse con la escasa información y educación que tienen las mujeres. Además, es importante resaltar que la edad gestacional y la atención prenatal. Y como características

obstétricas de mayor relación estarían la edad gestacional y la atención prenatal con las complicaciones maternas, además sólo la edad gestacional estaría vinculada con las complicaciones perinatales.

Por su parte Santaya A. (2015), encontró que los factores de riesgo maternos influyen en la prematuridad de los recién nacidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2015. Lima – Perú. Cuyos resultados fueron que el 60,0% (72 recién nacidos) presentaron prematuridad. Por otro lado, los factores que influyen en la prematuridad son la edad menor de 18 y mayor de 35 años ($X^2=4,75$; $P\leq 0,029$), la talla materna menor de 157cm ($X^2=1,070$; $P\leq 0,010$), la paridad múltipara y gran múltipara ($X^2=7,034$; $P\leq 0,004$), intervalo intergenésico menor de 2 años ($X^2=8,62$; $P\leq 0,003$), la infección de tracto urinario en anterior gestación ($X^2=6,79$; $P\leq 0,009$), ruptura prematura de membranas en la última procreación ($X^2=8,75$; $P\leq 0,003$), placenta previa ($X^2=8,79$; $P\leq 0,003$) e infección de tracto urinario en la final concepción ($X^2=19,33$; $P\leq 0,000$).

VI. CONCLUSIONES

El grado de instrucción, la procedencia, los ingresos económicos y la ocupación, son los factores más heterogéneos de la dimensión factores sociales entre el Hospitales II - 2 MINSA - Tarapoto y EsSalud – Tarapoto.

Esto se debe muy probablemente a las diferencias de estratos sociales de los pacientes que acuden al MINSA y EsSalud en Tarapoto.

La mayoría de los indicadores tienen un comportamiento homogéneo en la dimensión factores maternos entre el Hospitales II - 2 MINSA - Tarapoto y EsSalud – Tarapoto.

Si bien es cierto se encuentran algunas ligeras diferencias en las distribuciones de frecuencias entre el Hospitales II - 2 MINSA - Tarapoto y EsSalud – Tarapoto, pero estadísticamente no es suficiente para probar la diferencia.

La mayoría de los indicadores tienen un comportamiento homogéneo en la dimensión factores fetales entre el Hospitales II - 2 MINSA - Tarapoto y EsSalud – Tarapoto.

También hay algunas ligeras diferencias en las distribuciones de frecuencias entre el Hospitales II - 2 MINSA - Tarapoto y EsSalud – Tarapoto, pero estadísticamente no es suficiente para probar la diferencia.

Se evidencia asociación entre los factores sociales, maternos, fetales y el parto prematuro en el hospital II-2 MINSA – Tarapoto, dado que conceptualmente los conceptos están interrelacionados.

Se evidencia asociación entre los factores sociales, maternos, fetales y el parto prematuro en el hospital EsSalud – Tarapoto, dado que conceptualmente los conceptos están interrelacionados.

Respecto a la dimensión factores sociales, existen diferencias entre los factores sociales, que se asocian al parto prematuro en los hospitales II-2 Minsa – Tarapoto y Es Salud - Tarapoto periodo julio a diciembre del 2017.

Para el caso de la dimensión factores maternos, no existen diferencias entre los factores maternos, que se asocian al parto prematuro en los hospitales II-2 Minsa – Tarapoto y Es Salud - Tarapoto periodo julio a diciembre del 2017.

En el caso de la dimensión factores maternos, no existen diferencias entre los factores fetales, que se asocian al parto prematuro en los hospitales II-2 Minsa – Tarapoto y Es Salud - Tarapoto periodo julio a diciembre del 2017.

VII. RECOMENDACIONES

Al personal de salud que brinda atención prenatal vincular las características sociodemográficas de las gestantes como edad entre 19 a 30 años, el ser convivientes, el tener secundaria completa y proceder de zona rural con posibles complicaciones maternas perinatales a ocurrir en el parto vaginal para actuar oportunamente.

Al personal de salud que brinda atención prenatal vincular las características obstétricas de las gestantes como ser primíparas, edad gestacional entre 37 a 41 semanas y atención prenatal adecuada (más 6 atenciones) con posibles complicaciones maternas perinatales a ocurrir en el parto vaginal para actuar oportunamente.

A las obstetras del servicio de Centro Obstétrico tener presente las complicaciones maternas durante la atención del parto vaginal como desgarro de partes blandas, trabajo de parto disfuncional, hiperestimulación uterina, expulsivo prolongado y taquisistolia, para adecuar e implementar el servicio con el personal capacitado, los equipos, materiales e insumos necesarios para una atención oportuna y evitar la morbilidad materna.

A las obstetras del servicio de Centro Obstétrico tener presente las complicaciones perinatales durante la atención del parto vaginal como Apgar bajo al nacer, síndrome de aspiración meconial y muerte perinatal respectivamente, sufrimiento fetal agudo y asfixia perinatal, para adecuar e implementar el servicio con el personal capacitado, los equipos, materiales e insumos necesarios para una atención oportuna y evitar la morbilidad perinatal.

Al equipo de salud del área de obstetricia hospitalización considerar el grado de instrucción de las gestantes como factor sociodemográfico y la edad gestacional como factor obstétrico de mayor relación con las complicaciones maternas perinatales para identificar organizar los servicios de salud para actuar oportunamente y evitar mortalidad materna perinatal.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Oviedo, L.** Causas de nacimiento pretérmino entre madres adolescente, Guadalajara – México 2013. Tesis de pregrado de la Universidad de Guadalajara – México 2014. [En red]. Consultado el 03 de Julio del 2016; disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2013/md134e.pdf
2. **Rivera, L.; Fuentes, R.** Factores asociados a mortalidad perinatal en el Hospital general de Chiapas, México 2014. Revista de Salud Pública de Chiapas –México vol. 27, núm. 2, 2014, pp. 51-69. [En red]. Consultado el 22 de Julio del 2016; disponible en: www.elsevier.es › Inicio › Boletín Médico del Hospital Infantil de México
3. **Organización Mundial de la Salud.** Incidencia mundial de Parto Prematuro: Revisión Sistemática de la Morbilidad y Mortalidad Maternas 2008 – 2010. Perú. Consultado el 15 de Julio del 2016; disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554-ab/es>
4. **Olaya, R.** Factores de riesgos desencadenantes del trabajo de parto pretérmino en adolescentes embarazadas primigestas en el Hospital gineco-obstétrico año Enrique c. Sotomayor” Ecuador 2012 – 2013. Tesis de la Universidad de Ecuador de Pregrado. [En red]. Consultado el 03 de agosto del 2016; disponible en: <http://repositorio.ug.edu>
5. **Rico, R.; Ramos, V.** Control prenatal vs resultado obstétrico perinatal. Enferm. glob. [revista en la Internet]. Murcia – España. Julio 2012; 11(27): 397-407. Consultado el 03 de agosto del 2016; disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-6141201200
6. **Ovalle, F.; Kakarieka.** Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago de Chile 2012. Tesis de pregrado de la Universidad Santiago de Chile 2013. [En red]. Consultado el 08 de agosto del 2016; disponible en: www.scielo.cl/pdf/rmc/v140n1/art03.pdf
7. **Pérez, B.; Gobernado, J.; Mora, P.; Almaraz, A.** La edad materna como factor de riesgo obstétrico, Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada, Valladolid – España 2011. Tesis de pregrado de la Universidad de Valladolid – España 2011. [En red]. Consultado el 08 de agosto del 2016; disponible en: www.elsevier.es › Inicio › Progresos de Obstetricia y Ginecología

- 8. Gómez, R.** Prevalencia de los partos prematuros y su asociación con la infección del tracto urinario en el Centro de Salud Rosas Pampa, enero – marzo 2012, realizado en la Paz Bolivia. Tesis de posgrado de la Universidad de la Paz – Bolivia 2013. [En red]. Consultado el 01 de septiembre del 2016; disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2014/gom1411d.pdf
- 9. Borrero, Cl.; Ucrós, S.** Estudio analítico del resultado del embarazo en adolescentes y mujeres de 20 a 29 años en Bogotá- Colombia 2012. Tesis de pregrado de la Universidad de Bogotá – Colombia 2013. [En red]. Consultado el 08 de septiembre del 2016; disponible en: dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3484/1/MED82.pdf
- 10. Guzmán, R.** Factores de riesgos desencadenantes del trabajo de parto pretérmino en mujeres embarazadas primigestas en el Hospital Ginecoobstétrico “Enrique C. Sotomayor” en el periodo de septiembre del 2012 a febrero del 2013, Guayaquil – Ecuador. Tesis de Pregrado de la Universidad de Guayaquil – Ecuador 2014. [En red]. Consultado el 20 de septiembre del 2016; disponible en: www2.unprg.edu.pe/facultad/imagenes/MH/tes11.pdf
- 11. Pardo, F.; García, P.** Factores asociados al parto prematuro en el departamento de Lempira, Honduras, 2013. Tesis de pregrado de la Universidad de Honduras 2014. [En red]. Consultado el 25 de septiembre del 2016; disponible en: www.bvs.hn/RMH/pdf/2012/pdf/Vol80-4-2012-4.pdf
- 12. Santaya, A.** Factores de Riesgo Maternos que influyen en la prematuridad de los recién nacidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2015. Lima – Perú. Tesis de pregrado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima -Perú 2016. [En red]. Consultado el 30 de septiembre del 2016; disponible en: repositorio.udh.edu.pe/handle/123456789/116
- 13. Bracho, C.** Factores de riesgo asociados al parto pre término en adolescentes embarazadas, Lima – Perú 2012. Tesis de posgrado de la Universidad Cayetano Heredia Lima –Perú 2016. [En red]. Consultado el 01 de Octubre del 2016; disponible en: repebis.upch.edu.pe/articulos/rmh/v7n1/a5.pdf
- 14. Rodríguez, D.** Factores de riesgo maternos asociados a parto pre término: un estudio multicéntrico. Trujillo metropolitano, Lima-Perú 2011-2013. Tesis de pregrado de la

Universidad Nacional de Trujillo 2014. [En red]. Consultado el 08 de octubre del 2016; disponible en: www.inmp.gob.pe/institucional/listado-de-proyectos-pdf/1422293740

- 15. Ramos R.** Factores de riesgo para la prematuridad. Estudio de casos y controles”, Lima - Perú 2013. Tesis de pregrado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2014. [En red]. Consultado el 08 de octubre del 2016; disponible en: cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4621/1/Yauri_qy.pdf
- 16. Fernández, D.** Factores de Riesgo del parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional Docente las Mercedes, Chiclayo – Perú 2014. Tesis de pregrado de la Universidad Pedro Ruiz Gallo 2014. [En red]. Consultado el 20 de octubre del 2016; disponible en: www2.unprg.edu.pe/facultad/imagenes/MH/tes11.pdf
- 17. Villareal, L.; Saavedra T.** Atención a la gestante con amenaza de parto prematuro y su influencia en la prevención de complicaciones maternas – fetales. Hospital Minsa II-2 Tarapoto. 2014. Tesis de Pregrado de la Universidad Nacional de San Martín 2014. [En red]. Consultado el 01 de noviembre del 2016; disponible en: <http://tesis.unsm.edu.pe/xmlui/handle/11458/1010>
- 18. Estrada, O.** Factores que desencadenan la amenaza de parto pretérmino. Estudio realizado en el Hospital Minsa II-Tarapoto desde el noviembre del 2012 al 2013. Tesis de pregrado de la Universidad Nacional de San Martín, Tarapoto 2013. [En red]. Consultado el 02 de noviembre del 2016; disponible en: repositorio.ug.edu.ec
- 19. Rodríguez, J.** Embarazo en la Adolescencia. Perú 2010. Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina N° 107. [En red]. Consultado el 05 de noviembre del 2016; disponible en: med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html
- 20. Parra, F.** Factores de Riesgo Asociados a Parto Pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el Período enero 2010 - diciembre 2012. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela Académica Profesional de Medicina Humana (tesis pregrado). Tacna – Perú 2013. [En red]. Consultado el 03 de septiembre del 2016; disponible en: http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/226/111_2013

- 21. Cárdenas, R.** Comportamiento del parto pretérmino en el período comprendido entre enero y diciembre del año 2009 en el Hospital General Docente Dr. Ernesto Guevara de la Serna de Las Tunas, Cuba. [En red]. Consultado el 09 de septiembre del 2016; disponible en: <http://www.ilustrados.com/tema/10761/Comportamiento-parto-pretermino>
- 22. García E; Romero N.** Conductas de riesgo en los adolescentes. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2016 Jun [citado 2016 Noviembre 01]; 44 (2): 218-229. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572015000200010&lng=es
- 23. Cataño, L.** Calidad de la Atención en el Control Prenatal: Opinión de las Usuarias de una Institución Prestadora de servicios de Bogotá, Colombia 2010. Tesis de Grado de la Universidad de Bogotá, Colombia 2011. [En red]. Consultado el 01 de diciembre del 2016; disponible en: javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis23.pdf
- 24. Ovalle A.** Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. Hospital de Santiago de Chile 2012. Rev. méd. Chile [Internet]. 2012 Ene [consultado el 03 de Diciembre del 2016] ; 140(1): 19-29. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000100003>.
- 25. Mendoza, M.** Prevención del embarazo en adolescentes: factores Socioeconómicos y nivel de conocimiento en pacientes Atendidas en el Hospital Minsa II – 2 Tarapoto, Julio – diciembre 2015. Tesis de la Universidad Nacional Mayor de San Martín 2015. [En red]. Consultado el 08 de diciembre del 2016; disponible en: tesis.unsm.edu.pe
- 26. Oyarzún E.** Consecuencias de Parto Prematuro en el hospital Arzobispo Loayza, Lima 2013. Tesis de pregrado de la Universidad nacional Mayor de San Marcos, Lima – Perú 2014. [En red]. Consultado el 22 de diciembre del 2016; disponible en: <https://medlineplus.gov>

IX. ANEXOS

Anexo 1:

Estudio Comparativo de los Factores Sociales, Maternos y Fetales Asociados al Parto Prematuro en los Hospitales II - 2 MINSA y EsSalud – Tarapoto. julio - diciembre 2017.

Instrumentos de recolección de datos

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

Estudio:

Ficha de Recolección de Datos

I. Factores sociales:

Preguntas	Respuestas	
Ascendencia:	1.Piel oscura	
	2.Piel clara	
	3.Mestiza	
Estado civil:	1.Soltera	
	2.Casada	
	3.Conviviente	
Grado de instrucción:	1.Inicial	
	2.Primaria	
	3.Secundaria	
	4.Superior no universitaria	
	5.Superior universitaria	
Procedencia:	1.Urbana	

	2. Rural	
	3. Urbano marginal	
Ingresos económicos	1. Menor de 1000 soles	
	2. Entre 1001 y 2000 soles	
	3. Entre 2001 y 3000 soles	
	4. Mayor de 3000 soles	
Ocupación:	1. Ama de casa	
	2. Comerciante	
	3. Empleada	
	4. En su profesión	

II. Factores Maternos:

Preguntas	Respuestas	
Edad:	1. Menores de 18 años.	
	2. De 19 a 25	
	3. De 26 a 35	
	4. De 36 a 45	
	5. Mayores de 45 años	
Consumo de sustancia toxicas:	1. Si	
	2. No	
Infecciones del tracto urinario:	1. Si	
	2. No	
Antecedentes de cesárea:	1. Si	
	2. No	
Antecedentes de aborto:	1. Si	
	2. No	

Antecedentes de parto prematuro	1.Si	
	2.No	
Periodo intergenésico:	1.- menor 6 meses	
	2. Entre 6 meses y un año	
	3. Entre 1 año y 3 años	
	4. mayor de 3 años	
Paridad:	1.Nulípara	
	2.Primípara	
	3.Multípara	
	4.Gran multípara	
Preeclamsia:	1.Si	
	2.No	
Anemia:	1.Si	
	2.No	
RPM:	1.Si	
	2.No	
DPP	1.Si	
	2.No	
Múltiples fetos:	1.Si	
	2.No	

III. Factores fetales

Preguntas	Respuestas	
Sexo del feto:	1.Masculino	
	2.Femenino	
RCIU	1.Si	
	2.No	
Sufrimiento Fetal	1.Si	
	2.No	
Polihidramnios	1.Si	
	2.No	
Malformaciones fetales:	1.Si	
	2.No	