

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA
ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



TESIS

**EDAD MATERNA EN LOS EXTREMOS DE LA VIDA
REPRODUCTIVA COMO FACTOR DE RIESGO DE
PREMATURIDAD. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE
CAJAMARCA, 2023**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
OBSTETRA**

PRESENTADO POR LA BACHILLER:

Mayra Alejandra Silva Abanto

ASESORA:

Dra. Obsta. Elena Soledad Ugaz Burga

CAJAMARCA - PERÚ

2024

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

- Investigador:** Mayra Alejandra Silva Abanto
DNI: 62086723
Escuela Profesional/Unidad UNC: ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
- Asesora:** Dra. Elena Soledad Ugaz Burga
Facultad/Unidad UNC: Facultad de Ciencias de la Salud
- Grado académico o título académico al que accede:**
 Bachiller Título Profesional Segunda especialidad
 Maestro Doctor
- Tipo de Investigación:**
 Tesis Trabajo de suficiencia profesional Trabajo académico
 Trabajo de investigación
- Título del Trabajo de Investigación:** EDAD MATERNA EN LOS EXTREMOS DE LA VIDA REPRODUCTIVA COMO FACTOR DE RIESGO DE PREMATURIDAD. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2023
- Fecha de evaluación:** 02/01/2025
- Software antiplagio:** Turnitin Urkund (original)(*)
- Porcentaje de informe de Similitud:** 16%
- Código Documento:** oid: 3117:419215321
- Resultado de la evaluación de similitud:**
 Aprobado Para levantamiento de observaciones o desaprobado

Cajamarca 06 de enero del 2025



Copyright © 2024 by
Mayra Alejandra Silva Abanto
Derechos Reservados

FICHA CATALOGRÁFICA

Silva A. 2024. **EDAD MATERNA EN LOS EXTREMOS DE LA VIDA REPRODUCTIVA COMO FACTOR DE RIESGO DE PREMATURIDAD. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2023** / Mayra Alejandra Silva Abanto/59
ASESORA: Dra. Obsta. Elena Soledad Ugaz Burga
Disertación académica para optar por el título profesional de Obstetra UNC 2024

SE DEDICA ESTE TRABAJO A:

A Dios por haberme permitido cumplir mis metas y objetivos, brindándome salud y sabiduría para culminar con éxito mi hermosa carrera.

A mi querida madre Angela y hermanas quienes han sido los pilares fundamentales en mi formación personal y profesional.

A mi hijo Rodrigo Sebastián quien es mi mayor motivación para nunca rendirme y seguir adelante.

A mi esposo Eileen que siempre estuvo a mi lado desvelándose y dispuesto a apoyarme en todas mis metas. Todos ellos han hecho posible el desarrollo de todo este trabajo.

Mayra Alejandra

SE AGRADECE A:

A Dios por brindarme salud, bienestar y sabiduría para cumplir el sueño que me propuse siendo adolescente, además de haberme dado fuerzas para seguir y no caer frente a las adversidades.

A mi familia por su apoyo incondicional, su sacrificio y sus consejos que me han permitido culminar de forma correcta cada ciclo académico y por ello a la carrera de Obstetricia.

A mi asesora Dra. Obsta. Elena Soledad Ugaz Burga, por su dedicación, paciencia y guiarme por el camino de la investigación, resolviendo cada duda presentada.

A mi alma mater, a Universidad Nacional de Cajamarca y a mi Escuela Académico Profesional de Obstetricia, por darme la oportunidad de estudiar y ser un profesional competente.



MODALIDAD "A"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

En Cajamarca, siendo las 3:00 pm del 18 de diciembre del 2024, los integrantes del Jurado Evaluador para la revisión y sustentación de la tesis, designados en Consejo de Facultad a propuesta del Departamento Académico, reunidos en el ambiente 66-205 de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de tesis denominada:

Edad materna en los extremos de la vida reproductiva como factor de riesgo de prematuridad. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2023

del (a) Bachiller en Obstetricia:

Mayra Alejandra Silva Abanto

Siendo las 4:30 pm del mismo día, se da por finalizado el proceso de evaluación, el Jurado Evaluador da su veredicto en los siguientes términos: Muy Bueno, con el calificativo de 17, con lo cual el (la) Bachiller en Obstetricia se encuentra apta para la obtención del Título Profesional de: OBSTETRA.

Table with 2 columns: Miembros Jurado Evaluador (Nombres y Apellidos) and Firma. Rows include Presidente (Mg. Amanda Elena Rodríguez Sánchez), Secretario(a) (M. Cs. Rossana Patricia León Izquierdo), Vocal (M. Cs. Sonia Elizabeth Díaz Estacio), Accesitaria, Asesor (a) (Dra. Elena Soledad Ugaz Burga), and Asesor (a).

Términos de Calificación: EXCELENTE (19-20) REGULAR (12-13)

MUY BUENO (17-18) REGULAR BAJO (11)

BUENO (14-16) DESAPROBADO (10 a menos)

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE GENERAL	v
ÍNDICE DE TABLAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA	3
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Objetivos	6
1.4. Justificación de la investigación	6
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes	8
2.2. Bases teóricas	12
2.2.1. Edad materna y sus extremos	12
2.2.2. Prematuridad	15
2.3. Hipótesis	19
2.4. Variables	19
2.5. Definición conceptual y operacionalización de variables	20

CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO	21
3.1. Diseño y tipo de estudio	21
3.2. Área de estudio y Población	22
3.3. Muestra	22
3.3.1. Tamaño de la muestra	22
3.4. Unidad de Análisis	23
3.5. Criterios de inclusión	23
3.6. Criterios de exclusión	23
3.7. Consideraciones éticas de la investigación	24
3.8. Procedimientos, técnicas y descripción del instrumento	24
3.9. Procesamiento y análisis de datos	25
3.10. Control de la calidad de datos	25
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	26
CONCLUSIONES	38
RECOMENDACIONES	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXOS	46

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Características sociodemográficas y prematuridad de las pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2023	26
Tabla 2 Características obstétricas y prematuridad de las pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2023	31
Tabla 3 Casos de prematuridad en los extremos de la vida reproductiva de las pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2023	34
Tabla 4 Edad materna en los extremos de la vida reproductiva y prematuridad de las pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2023	36
Tabla 5 Características neonatales de los recién nacidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2023	51

RESUMEN

La presente investigación tuvo por objetivo determinar si la edad materna en los extremos de la vida reproductiva es un factor de riesgo de prematuridad en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca. **Metodología:** el estudio fue de diseño no experimental, analítico de casos y controles. El total de la muestra fue de 310 pacientes, conformada por 155 casos de recién nacidos prematuros y 155 controles de recién nacidos no prematuros atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca. **Resultados:** se encontró que el 22,6% de pacientes con parto prematuro pertenecieron al grupo etario de 20 a 34 años y el 15,2% presentó de 35 a 40 años; el 16,1% completó la secundaria completa, el 31,3% procedió de zona rural, el 33,9% fueron amas de casa, el 37,4% convivientes y el 30,3% fue de religión católica. Dentro de las características obstétricas: el 26,8% fueron multíparas y el 21,3% presentó de 4 a 6 atenciones neonatales. Los extremos de edad reproductiva fueron un factor de riesgo para el parto prematuro (OR=2,27; $p=0.001$; IC95%: 1,44-3,59). La edad materna avanzada presentó una asociación estadísticamente significativa ($p=0.002$) con el parto prematuro. **Conclusión:** estadísticamente se encontró asociación significativa entre los extremos de la vida reproductiva y parto prematuro según p valúe = 0,001.

Palabras clave: Edad materna, extremos de la reproductiva, prematuridad

ABSTRAC

The objective of this investigation was to determine if maternal age at the extremes of reproductive life is a risk factor for prematurity in patients treated at the Regional Teaching Hospital of Cajamarca. **Methodology:** The study had a non-experimental, analytical case-control design. The total sample was 310 patients, made up of 155 cases of premature newborns and 155 controls of non-premature newborns treated at the Regional Teaching Hospital of Cajamarca. **Results:** it was found that 22.6% of patients with premature birth belonged to the age group of 20 to 34 years and 15.2% were between 35 and 40 years old; 16.1% completed secondary school, 31.3% came from rural areas, 33.9% were housewives, 37.4% were cohabitants and 30.3% were Catholic. Among the obstetric characteristics: 26.8% were multipara and 21.3% presented 4 to 6 neonatal cares. The extremes of reproductive age were a risk factor for premature birth (OR=2.27; p=0.001; 95% CI: 1.44-3.59), as well as advanced maternal age presented a statistically significant association (p=0.002) with premature birth. **Conclusion:** a statistically significant association was found between the extremes of reproductive life and premature birth according to p value = 0.001.

Keywords: Maternal age, reproductive extremes, prematurity.

INTRODUCCIÓN

La prematuridad es la complicación más frecuente en medicina materno-fetal, es la principal causa de morbilidad y mortalidad neonatal y la segunda en niños por debajo de los 5 años. La prevalencia de estas complicaciones perinatales es inversamente proporcional a la edad gestacional en la que se produce el parto (2). Los efectos de la prematuridad en los recién nacidos, sus padres y la sociedad hacen del parto prematuro un problema de salud pública relevante. Además, la investigación en el parto prematuro es una de las prioridades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para los próximos años, también es uno de los objetivos clave en la estrategia global de reducir las muertes neonatales de Naciones Unidas (1).

La edad es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer adquiere especial importancia el período llamado edad fértil. Este período caracteriza a la mujer por su capacidad de ovular y embarazarse. El embarazo antes de los 20 y después de los 35 años, se asocia a un mayor riesgo materno y perinatal. El embarazo en mujeres de 35 o más años se asocia a un aumento del riesgo de presentar una serie de patologías propias de la gestación y una mayor frecuencia de patologías maternas crónicas, que traen como consecuencia una mayor probabilidad de muerte materna y perinatal (29). Por ello, los embarazos en edades tardías pueden representar un reto físico y emocional no solo para la embarazada sino también para la familia; esta situación puede desencadenar estados de inestabilidad emocional y situaciones estresantes que estimulen la liberación de cortisol, sustancia que estimula la presencia temprana de contracciones uterinas que pueden llevar a un parto prematuro.

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, y la importancia de identificar la edad materna extrema en la vida reproductiva relacionado a la prematuridad a fin de disminuir la morbimortalidad materna y neonatal, se realizó el presente trabajo de investigación con el objetivo de determinar si la edad materna en los extremos de la vida reproductiva es un factor de riesgo de prematuridad en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2023. Se determinó que la edad materna en los extremos de vida reproductiva es estadísticamente significativa para parto prematuro.

La presente tesis está estructurada de la siguiente manera:

CAPÍTULO I: definición y delimitación del problema, formulación del problema, objetivos y justificación de la investigación.

CAPÍTULO II: antecedentes, bases teóricas, hipótesis, conceptualización y operacionalización de variables.

CAPÍTULO III: está constituido por el diseño metodológico.

CAPÍTULO IV: comprende el análisis y discusión de los resultados de cada tabla.

Posteriormente se ha considerado conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

La autora

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Definición y delimitación del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS)(1) estima que cada año nacen 15 millones de niños prematuros, equivalente a más de 1 de cada 10 nacimientos. Esta misma entidad señala que, en todos los países, la tasa de prematuridad oscila entre el 5% y el 18% de los nacimientos; pero más del 60% se producen en África y Asia Meridional (1). Sin embargo, la India tiene el mayor número de casos con 3,519,100 nacidos antes del término; China 1,172,300; Nigeria 773,600; Pakistán 748,100; Indonesia 675,700 y Filipina 348,900 (2) y en África Oriental, específicamente Uganda, cada año nacen 226,000 bebés prematuros, según datos de las Naciones Unidas (3).

En Estados Unidos, la prematuridad aumentó al 10,5% en el 2021, un incremento significativo del 4% en apenas un año (4). En España nacen de forma prematura 28,000 bebés, lo que supone uno de cada trece alumbramientos, tasa que constituye una de las más altas de la Unión Europea (5).

En América Latina, 1.2 millones de bebés nacen de forma prematura, siendo ésta la principal causa de muerte en los niños de 0 a 5 años en la región (6). En Costa Rica el 13,6% de nacimientos son prematuros; en el Salvador 12,8%, en Honduras 12,2%, en Uruguay 10,1%, en Nicaragua 9,3%, en Brasil 9,2%, en Bolivia 9%, en Colombia 8,8%, en Panamá 8,1%, en Venezuela 8,1%, en Argentina 8%, en Paraguay 7,8%, en Guatemala 7,7%, en México 7,3%, en Chile 7,1%, en Cuba 6,4% y 5,1%, en Ecuador (2).

En el Perú, a partir del año 2019, la tasa de nacimientos prematuros está en ascenso, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (7) la tasa es del 23% y los departamentos con tasas más elevadas son el Callao con 9,27%, Loreto con

8,47%, Lambayeque 8,23%, Piura 8,10%, Ucayali 7,81%, Tacna 7,24%, Lima 6,95%, Tumbes 6,85%, La Libertad 6,85%, San Martín 6,62%, Ancash 6,59%, Pasco 6,28%, Cusco 6,06%, Arequipa 5,95%, Amazonas 5,89%, Apurímac 5,62%, Ica 5,62%, Huánuco 5,55%, Junín 5,54%, Ayacucho 5,40%, Puno 5,32%, Moquegua 5,20%, Huancavelica 4,51%, Madre de Dios 3,50% (7).

Cajamarca, también muestra cifras elevadas de prematuridad, en el 2019 la tasa fue de 6,52%, según el INEI (7). Y para el año 2022, en el Hospital Regional de Cajamarca se registraron 2421 nacimientos de ellos 585 eran prematuros y 15 prematuros extremos.

Más allá de las cifras estadísticas, la prematuridad es la principal causa de defunción en menores de cinco años generando una tasa elevada de morbilidad y mortalidad neonatal, debido a la inmadurez de los pulmones, por lo que el recién nacido suele presentar apnea y bradicardia, pero además puede exhibir otras patologías como conducto arterioso persistente, hemorragia intraventricular, inmadurez del sistema termorregulador y endocrino, ictericia, anemia, retinopatía, infecciones y sepsis, asfixia y enteritis necrotizante (8) que conllevan a elevar las tasas de morbilidad y mortalidad neonatal, constituyendo un serio problema de salud pública.

Según la OMS (2), la prematuridad se define como el nacimiento que ocurre antes de completarse las 37 semanas o antes de 259 días de gestación, contados desde el primer día del último periodo menstrual. Los factores etiológicos son múltiples entre ellos se tienen factores fetales y factores maternos, dentro de estos últimos se encuentran las edades en los extremos de la vida reproductiva; estos factores pueden actuar de forma individual o en sinergia; sin embargo, es importante investigar de forma particular el actuar de cada uno de ellos, como la edad materna la cual es una variable preponderante en el análisis epidemiológico del nacimiento prematuro ya que se encuentran estudios que muestran como mujeres menores de 19 años y mayores de 35 han presentado un riesgo aumentado de nacimiento prematuro (9).

Existen datos de la tasa de nacimientos en la adolescencia que puede llegar incluso a 42,5 nacimientos por cada 1000 mujeres a nivel mundial, mostrándose ligeras disminuciones en países como el África subsahariana, América Latina y el Caribe con 101 y 53,2 nacimientos por cada 1000 mujeres (10) y de otra parte, el porcentaje de embarazos en mujeres mayores de 35 años también ha sufrido un incremento mostrando cifras de 23,1% (11).

En el Perú, las cifras de adolescentes y mujeres mayores de 35 años que han sido madres también ha ido en aumento, en 2020; 1158 menores entre 10 y 14 años experimentaron la maternidad (12), para el año 2021, alrededor de 50 000 niñas y adolescentes de hasta 19 años eran madres y los departamentos que ostentaron mayores cifras de embarazo adolescente fueron Ucayali 25%, Loreto 18%, La Libertad 17%, Amazonas 16% y Madre de Dios 14% (13). Y en cuanto al embarazo en mujeres añosas, el INEI, en el 2018, reportó que en la Costa era de 15,3%, en la Sierra de 16,9%, y en la Selva el 13,4% (14).

Cajamarca, también muestra cifras elevadas de mujeres adolescentes de 15 a 19 años que ha tenido un hijo o ha estado embarazada por primera vez con un porcentaje de 12,16%, mientras que el embarazo en mujeres con edades maternas añosas fue de 3,2 hijos por mujer, según el INEI en el año 2023 (15) . Estas cifras estarían justificando, de alguna manera, el incremento del nacimiento de niños prematuros.

El Hospital Regional Docente de Cajamarca no es ajeno a este problema, sino que, de hecho, diariamente se observa un creciente número de partos prematuros que afectan gravemente la salud del recién nacido a corto, mediano y largo plazo. Además, estas situaciones tienen repercusiones psicológicas y económicas para los padres, así como un elevado costo sanitario asociado a su atención.

Desde este enfoque es que se pretende realizar la de investigación con el objetivo de determinar si la edad materna en los extremos de la vida reproductiva es un factor de riesgo de prematuridad en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2023.

1.2 Formulación del problema

¿La edad materna en los extremos de la vida reproductiva está asociada al riesgo de prematuridad en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2023?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar si la edad materna en los extremos de la vida reproductiva está asociada al riesgo de prematuridad en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2023.

1.3.2 Objetivos específicos

- Establecer la relación entre las características socio demográficas y la prematuridad en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2023.
- Establecer la relación entre las características obstétricas y la prematuridad en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2023.
- Estimar el porcentaje de prematuridad en las mujeres en los extremos de la vida reproductiva, en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2023.

1.4 Justificación

La prematuridad es frecuente y responsable de elevados índices de morbi-mortalidad neonatal. Los recién nacidos prematuros enfrentan diversos problemas debido a la inmadurez de varios sistemas y órganos, especialmente el sistema respiratorio, lo que les causa dificultades como apnea y problemas respiratorios, entre otros. Además, pueden experimentar complicaciones adicionales como sepsis y enteritis necrotizante debido a la asfixia. A pesar de la variedad de problemas derivados de la prematuridad, aún no se ha identificado una causa exacta, existiendo un vacío en el conocimiento sobre este tema. Por lo tanto, cualquier investigación que se acerque a la identificación de las causas de la prematuridad es de gran interés científico. En este sentido, surge la motivación para llevar a cabo esta investigación, con el fin de determinar si la edad materna en los extremos de la vida reproductiva es un factor de riesgo para la prematuridad en las pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2023.

Los resultados de esta investigación contribuirán al avance científico al identificar un factor de riesgo importante, como lo es la edad materna. Además, su aplicación práctica permitirá mejorar la intervención de los profesionales de salud en la atención

prenatal de las gestantes, favoreciendo el reconocimiento temprano de riesgos y la implementación de acciones adecuadas para prevenir la prematuridad. También servirá como base para futuras investigaciones que busquen reducir la tasa de nacimientos prematuros y la morbimortalidad neonatal, y establecerá los cimientos para continuar explorando este tema tan relevante y frecuente como lo es la prematuridad, en beneficio de la salud del binomio madre-hijo, la familia y la comunidad.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Castillo R., et al. (16), realizaron una investigación en Ecuador, en el año 2019 con el objetivo de determinar los factores de riesgo maternos preconceptionales y conceptionales asociados con el parto pretérmino. La investigación fue de tipo cuantitativa, observacional, analítica, retrospectiva, casos y controles. La muestra fue de 130 casos y 130 controles de gestantes. Los resultados mostraron que los factores maternos preconceptionales asociados al parto pretérmino son la edad materna adolescente $p=0,328$; el nivel económico bajo $p=0.003$ como factores de riesgo y los factores maternos conceptionales asociados al parto pretérmino son la infección urinaria $OR=3,48$ y la vaginosis bacteriana $OR=12,33$. Concluyeron que la edad, el nivel económico bajo y las infecciones del tracto urinario eran considerados como factor de riesgo para un parto prematuro.

Montero A., et al. (17), realizaron una revisión bibliográfica en Cuba, en el año 2019 con el objetivo de determinar los factores maternos de riesgo de neonatos prematuros que tuvieron un parto antes de las 37 semanas. Encontraron que los factores maternos como la edad materna, paridad, nivel de escolaridad, nivel socioeconómico hábitos tóxicos y enfermedades maternas, infecciones genitourinarias, embarazos múltiples, abortos previos, ruptura prematura de membranas y placenta previa están relacionadas con la prematuridad. Concluyeron que los hijos de madres con hábitos tóxicos, edades maternas adolescentes, las enfermedades maternas asociadas al embarazo, embarazos múltiples, abortos previos e infección del tracto urinario, tienen más probabilidades de parto pretérmino.

Zerna C., et al. (18), realizaron una investigación en Ecuador, año 2018 con el objetivo de identificar los factores de riesgo que influyeron en el parto pretérmino (PPT), en el Hospital Enrique C. Sotomayor. La investigación fue analítica, descriptiva y retrospectiva desarrollada en una muestra de 361 mujeres entre las 32 - 36.6 semanas de gestación. Los resultados mostraron que la mitad de las mujeres con parto pretérmino se encontraron en grupos de edad menores de 19 años (29%) y mayores de 35 años de edad (18%). Concluyeron que el parto pretérmino se presentó más en las embarazadas en el grupo de edad comprendida entre las menores de 19 años y el grupo mayor de 35 años, se halló como factor de riesgo para desencadenar el parto pretérmino.

Pijal, M. (19), realizó un estudio en Ecuador, año 2018 con el objetivo de determinar cuáles son los principales factores de riesgo del parto pretérmino en mujeres gestantes de la Maternidad Mariana de Jesús durante el período 2017. El estudio fue no experimental de corte transversal, tipo descriptivo y retrospectivo. La población que trabajó fue 72 mujeres gestantes en la Maternidad Mariana de Jesús. Encontró que el 28% de mujeres tenían una edad de 19 a 23 años, y el 22% de mujeres tenían más de 34 años. Concluyó que se considera a los extremos de la vida como principales causantes de parto pretérmino.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Chávez R., et al.(20), realizó una investigación en Lima, en el año 2022 con el objetivo de determinar la relación de los factores sociodemográficos y el riesgo de parto pretérmino en gestantes del Hospital Sergio Bernales en el periodo de 2019-2020. La investigación fue observacional, analítica, retrospectiva y de casos-control, desarrollada en una muestra de 300 gestantes. Realizaron el análisis para 100 gestantes con diagnóstico de parto pretérmino que constituyeron los casos y 200 gestantes como grupo control. Encontraron que las gestantes de procedencia rural-extranjera tienen un riesgo mayor en 3.07 veces de parto pretérmino, las de edades extremas 2.2 veces y las no afiliadas al SIS con 2.35 veces. Concluyeron que la procedencia rural o extranjera, edades extremas y no afiliada al SIS son factores asociados al riesgo de parto pretérmino.

Arone V. (21), realizó una investigación en Ica, en el año 2021 con el objetivo de determinar si la edad materna es un factor de riesgo para parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica, 2018. La investigación fue observacional, tipo descriptiva, retrospectiva y de corte transversal, en una muestra

de 346 gestantes. El resultado mostró que gestantes <19 años presenta un 51,8% de riesgo y en gestantes >35 años, el riesgo se incrementa en un 67,4%. Concluyó que la edad materna en las edades extremas son un factor de riesgo para parto pretérmino.

Quiroz V. (22), realizó una investigación en Lima, en el año 2021 con el objetivo de determinar los factores de riesgo maternos asociados al nacimiento de prematuros en el servicio de Neonatología del Hospital Carlos Lan Franco La Hoz. La investigación fue de diseño cuantitativo, retrospectivo, observacional, analítico de tipo casos y controles. La población fue 246 recién nacidos, divididos en prematuros (82) y no prematuros (164). Encontró asociación significativa entre los partos pretérmino y la infección del tracto urinario con 68,85%, controles prenatales inadecuados con un 67,07%, anemia 57,32%, ruptura prematura de membranas 36,59%, edad materna y embarazo gemelar 31,71%. Concluyó que se encontró asociación entre la edad materna extrema, controles prenatales inadecuados, la infección urinaria materna, la anemia, la ruptura prematura de membranas y el embarazo gemelar son factores asociados a parto prematuro.

Pamela R.(23) , realizó un estudio en Lima, en el año 2019 con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino. El estudio fue descriptivo, retrospectivo en una muestra de 115 gestantes. Encontró que 10,4 % de las pacientes eran menores de 18 años, 79,1% estaban en rango de 18 – 35 años y el 10,4% fueron mayores de 35 años. Concluyó que uno de los factores de riesgo sociodemográficos asociados a parto pretérmino fueron la edad, el grado de instrucción y no contar con pareja estable.

López M. (24), realizó un estudio en Lima, en el año 2018 con el objetivo de determinar si la edad materna en los extremos de edad reproductiva es un factor de riesgo para parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (HNDAC), 2017. El estudio fue observacional, analítico de caso-control, retrospectivo y transversal. La población la conformaron 4248 gestantes atendidas en el HNDAC. El resultado reveló que un 28,9% de gestantes se encontraron en edades reproductivas extremas entre ellas el 19,9% se ubicaron en edades maternas adolescentes y el 9,0% en edades maternas añosas presentando una asociación estadísticamente significativa. Concluyó que la edad materna extrema añosa es un factor de riesgo para el parto pretérmino; no obstante, la edad materna adolescente no lo es.

Talledo M. (25), realizó una investigación en Piura, en el año 2018 con el objetivo de determinar los factores de riesgo materno asociados a la prematuridad. La investigación fue analítica de casos y controles, retrospectivo. Analizó a 90 historias clínicas de gestantes correspondientes a casos, y 90 correspondientes a controles. Los resultados mostraron que, en cuanto a factores preconcepcionales, ninguno de ellos demostró estar asociados a la prematuridad. Las cifras evidenciadas tanto para edad adolescente, antecedentes de amenaza de parto pretérmino, antecedentes maternos de aborto, y antecedentes de ITU pregestacional, reflejan ligeramente un mayor predominio en pacientes diagnosticadas como parto pretérmino, respecto a las de parto normal. Concluyó que el control prenatal inadecuado y la corioamnionitis, se constituyen en factores de riesgo concepcionales, asociados al parto pretérmino.

2.1.3 Antecedentes locales

Ventura M. (26), realizó un estudio en Cajamarca, en el año 2019 cuyo objetivo fue determinar la asociación entre los factores sociales, obstétricos y clínicos y el parto pretérmino. Hospital Regional Docente de Cajamarca. El estudio fue no experimental, de corte transversal, tipo descriptivo correlacional con una muestra de 160 pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia, de las cuales 65 culminaron su embarazo en parto pretérmino y 95 en parto a término. Encontró que el 26,2% de pacientes con parto pretérmino pertenecieron al grupo etáreo de 15 a 19 años y el 21,5% presentó de 35 a 39 años. Concluyó que el parto pretérmino, en su mayoría pertenecieron a los grupos etáreos de 15 a 19 años y de 35 años a más, con grado de instrucción primaria, procedentes de la zona rural, mayoritariamente amas de casa, convivientes y con un nivel socioeconómico bajo.

Alvarado A. (27), realizó una investigación en Cajamarca, en el año 2018 con el objetivo de determinar y analizar la relación entre los factores de riesgo maternos y la prematuridad en el servicio de Neonatología del Hospital Regional de Cajamarca. La investigación fue retrospectiva, descriptiva, de corte transversal y correlacional, en una muestra de 143 historias clínicas de neonatos prematuros atendidos en el servicio de Neonatología. El resultado fue que el 69% de los recién nacidos prematuros eran hijos de madres cuya edad fluctuaba entre 18 a 35 años de edad, 17% eran madres de 36 a 45 años y 14% las de 18 años a menos. Concluyó que existe asociación significativa entre edad materna y prematuridad.

2.2 Bases teóricas

2.2.1. Edad materna y sus extremos

2.2.1.1 Definición de edad materna extrema

La edad de la mujer durante la gestación, comprendida entre los 10 y 19 años, así como mayores de 35 años, está asociada a un mayor riesgo tanto materno como perinatal. El embarazo en adolescentes menores de 20 años y en mujeres mayores de 35 años conlleva un aumento en los riesgos biológicos, además de representar un riesgo social tanto para la madre como para el recién nacido. Este fenómeno se ha convertido en un importante problema de salud pública en numerosos países, especialmente en aquellos en desarrollo. El embarazo en mujeres de 35 o más años se asocia a un aumento del riesgo de presentar una serie de patologías propias de la gestación y una mayor frecuencia de patologías maternas crónicas, que traen como consecuencia una mayor probabilidad de muerte materna y perinatal (28).

2.2.1.2 Clasificación de la edad materna extrema

a. Edad materna precoz

La OMS, define a la adolescencia como la fase de la vida que va de la niñez a la edad adulta, abarca desde los 10 hasta los 19 años. Se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superando únicamente por el que experimentan los lactantes (29).

Clasificación:

- Adolescencia Temprana: 10 – 13 años
- Adolescencia Media: 14 – 16 años
- Adolescencia Tardía: 17 – 19 años

La Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia (SAHM) la sitúa entre los 10-21 años. Distinguiendo 3 fases que se solapan entre sí: adolescencia inicial (10-14 años), media (15-17 años) y tardía (18-21 años) (30). Según el Ministerio de Salud (MINSA) la etapa de vida adolescente comprende entre los 12 años hasta los 17 años 11 meses (31).

La evidencia indica que entre los factores vinculados a la maternidad precoz se encuentran las características del hogar de la adolescente, como los ingresos

económicos de sus padres, su nivel educativo y las condiciones de pobreza en las que vive. Además, existen factores contextuales importantes, como el acceso a una educación sexual integral, la disponibilidad de métodos de planificación familiar y, lo más crucial, la garantía de sus derechos. Asimismo, el embarazo y la maternidad adolescente influyen un conjunto de representaciones culturales en torno al género, a la maternidad, al sexo, la adolescencia, la sexualidad y las relaciones de pareja (32). El embarazo adolescente es un problema de salud pública, especialmente en países en desarrollo como el nuestro, donde cada vez es más común que ocurra a edades más tempranas, acercándose a la menarquía. Por las repercusiones médicas y sociales, el embarazo en la adolescencia es considerado un embarazo de alto riesgo (33).

b. Edad materna avanzada

El embarazo en mujeres de 35 años o más se conoce como embarazo en edad materna avanzada (advanced maternal age). Sin embargo, algunos reservan este término para los embarazos a partir de los 40 años y emplean las expresiones "edad muy avanzada" o "edad extremadamente avanzada" para referirse a los embarazos a partir de los 45 años (very advanced maternal age, extremely advanced maternal age), destacando el mayor riesgo materno y perinatal asociado a estas edades. En Chile, se ha reportado el mayor riesgo de morbilidad materna y perinatal del embarazo en adolescentes y en edad materna avanzada, concordante con publicaciones internacionales (28).

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) fue la primera en definir a la paciente obstétrica de mayor edad, estableciendo que se considera como tal a las mujeres mayores de 35 años en el caso de una primigrávida añosa o con edad materna avanzada. En la actualidad, se aprecia un incremento en la frecuencia de estas gestantes (35).

La Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA), considera edad materna avanzada cuando un embarazo ocurre en mujeres de 35-40 años o más. Actualmente, se tiende a utilizar los 40 años como edad de corte para considerar un embarazo en edad materna avanzada (36).

Algunos autores han asociado el embarazo en edad materna avanzada con un incremento en los malos resultados fetales (37). El embarazo a edades > 35 años aumenta en 1.0-2.5% el riesgo de malformaciones no cromosómicas, existe un

significativo incremento en el riesgo de diabetes gestacional en mujeres de 40-44 años de edad, en cuanto al crecimiento fetal, la tasa de nacidos pequeños para la edad gestacional es 66% más alta en mujeres > 40 años cuando se compara con mujeres entre 20-24 años de edad, otro autor reporta que en mujeres > 50 años, los recién nacidos fueron significativamente más pequeños en comparación con pacientes entre 45-49 años; también se observó una mayor incidencia de parto prematuro (38).

c. Edad materna y riesgo reproductivo

La edad es un factor biodemográfico clave para identificar riesgos a lo largo del ciclo de vida. En el caso de las mujeres, adquiere especial relevancia durante el período conocido como edad fértil, etapa en la que se define su capacidad para ovular y concebir. El embarazo, si bien es una situación fisiológica, expone a la mujer, al feto y recién nacido, a la probabilidad de enfermar o morir (34).

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública mundial que altera la salud física, emocional, la condición educativa y económica de los futuros padres; asimismo, frecuentemente se afecta también al producto de la gestación (39).

Si bien el embarazo en adolescentes también tiene repercusiones a nivel individual, familiar, de la comunidad y sociedad, los cuales están en relación con la deserción escolar, multiparidad, desempleo, es decir tiene graves efectos sociales como la pobreza, en esta sección no se analizó dichos desenlaces sino aquellos directamente relacionados con la salud de la mujer, especialmente las complicaciones obstétricas que es capaz de traer consigo (39).

El embarazo en los extremos de la edad fértil es un factor de riesgo de morbimortalidad materna, perinatal e infantil; estudios nacionales han comprobado esta asociación (40). Estudios internacionales que analizan el pronóstico reproductivo en mujeres de 40 años o más destacan un aumento en los riesgos de muerte materna, perinatal e infantil, así como una mayor probabilidad de bajo peso al nacer. En países desarrollados, las mejores expectativas para la mujer hacen que la reproducción se desplace a edades maternas mayores(41).

2.2.2. Prematuridad

2.2.2.1 Definición de prematuridad

Según la OMS(2), la prematuridad se define como el nacimiento que ocurre antes de completarse las 37 semanas o antes de 259 días de gestación, desde el primer día del último periodo menstrual (2).

En el Perú, según la guía técnica para la atención, diagnóstico y tratamiento de 10 condiciones obstétricas del Ministerio de Salud, se considera como el nacimiento que se produce después de las 22 semanas de gestación y antes de completar las 37 semanas, con independencia del peso al nacer (42).

La mayoría de los partos prematuros se producen entre las semanas 34 y 37 de gestación, conocidos como prematuros tardíos. Alrededor de un 5% ocurre antes de las 28 semanas (prematuros extremos); un 15% entre las 28 y 31 semanas (prematuros severos), y alrededor del 20% entre las 32 y 34 semanas (43).

La prematuridad está involucrada además de los factores biológicos, existen determinantes que recaen en la responsabilidad del sector salud y del Estado, como los políticos, ambientales, sociales y económicos. Por esta razón, la prevención y el tratamiento de la prematuridad deben considerarse una política pública prioritaria para todas las naciones, involucrando la participación de múltiples actores. Las estrategias empleadas para prevenir y tratar al parto prematuro son amplias y van desde los cuidados preconcepcionales, hasta la atención del parto y del neonato en el periodo postnatal (44).

2.2.2.2 Clasificación

- Prematuros extremos: < 28 semanas
- Muy prematuros: 28 a 31,6 semanas
- Prematuros moderados: 32 a 33,6 semanas
- Prematuros tardíos: entre las 34 y 36,6 semanas (45).

Además de la clasificación previa, en los Estados Unidos y Latinoamérica se usa una clasificación según el peso. Y las definiciones son las siguientes: (46).

- Bajo peso al nacer: menor de 2.500 g independientemente de la edad gestacional
- Muy bajo peso al nacer: menor de 1.500 g.

- Extremadamente bajo peso al nacer: menor de 1.000 g.

La edad gestacional es un indicador más preciso que el peso para predecir la supervivencia de los prematuros. Por ello, se ha dado gran importancia al cálculo de la edad gestacional, desarrollándose métodos cada vez más exactos. No obstante, la evaluación de la madurez fetal resulta crucial, especialmente en casos donde la edad gestacional es desconocida. Por ejemplo, un prematuro hijo de madre diabética de 37 semanas puede ser tan o más inmaduro que un prematuro de 34 semanas de una madre no diabética (46).

2.2.2.3 Factores de Riesgo

- Antecedente de parto prematuro anterior
- Antecedente de muerte fetal.
- Antecedente de rotura prematura de membranas antes del término.
- Antecedente de aborto en el segundo trimestre.
- Embarazo gemelar o múltiple.
- Presencia de polihidramnios.
- Infecciones urinarias y/o de transmisión sexual.
- Factores uterinos: malformaciones, miomatosis, incompetencia ístmico-cervical, conización cervical.
- Edad materna: menor de 18 años o mayor de 35 años.
- Índice de masa corporal materna inicial bajo (< percentil 10).
- Metrorragia del primer o segundo trimestre.
- Tabaquismo, alcoholismo y abuso de sustancias tóxicas.
- Estrés físico, jornadas laborales extenuantes y prolongadas.
- Estrés psicológico, abuso, violencia familiar.
- Traumas: físicos o emocionales graves.
- Reproducción asistida (embarazo único o múltiple).
- Intervenciones quirúrgicas abdominales durante el embarazo.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Etnia afroamericana (45) .

2.2.2.4 Etiopatología

La prematuridad se debe a tres entidades clínicas principales, cada una de las cuales representa aproximadamente un tercio del total de casos de partos prematuros:

- a. Parto prematuro idiopático que resulta del inicio espontáneo del trabajo de parto.
- b. Rotura prematura de membranas (RPM).
- c. Parto prematuro por indicación médica o iatrogénico, que resulta de la interrupción prematura del embarazo por patología materna y/o fetal.

La evidencia clínica y de laboratorio sugiere que distintos procesos patológicos llevan a una vía final común que resulta en un parto prematuro. Los procesos mejor identificados son:

- Activación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal materno (el stress se asocia a este proceso).
- Infección intraamniótica (es el factor causal mejor estudiado y que ha servido de modelo para el estudio de los otros procesos identificados (43)).
- Hemorragia decidual o isquemia (reducción del flujo sanguíneo a la unidad uteroplacentaria).
- Sobredistensión uterina.
- Disfunción del cuello uterino.
- Anormalidad inmunológica que altera la compatibilidad antigénica feto-materna.
- Drogas, toxinas y misceláneas (43).

2.2.2.5 Morbilidad y mortalidad

La prematuridad representa un serio problema de salud pública debido a la alta morbilidad y mortalidad que provoca, así como a los significativos costos económicos y sociales asociados a su atención. A nivel global, cerca de uno de cada diez recién nacidos es prematuro, siendo sus causas múltiples y variadas. En el parto prematuro están involucrados además de los determinantes biológicos, los que son responsabilidad del sector salud y los que son responsabilidad del estado, como son los determinantes políticos, ambientales, sociales y económicos (44).

Morbilidad: Los niños nacidos de forma prematura enfrentan un mayor riesgo de complicaciones a corto, mediano y largo plazo. Estos se ven afectados por diferentes

complicaciones y morbilidades asociadas al parto prematuro y que se extienden a través de los años de vida, afectando la niñez y la etapa adulta, resultando en enormes costos físicos, psicológicos y económicos (47).

Mortalidad: De todas las muertes neonatales en la primera semana de vida y que no se relacionan con malformaciones congénitas, 28% están asociadas a prematuridad(48). En la mayoría de países de ingresos medios y altos del mundo, la prematuridad es la principal causa de muerte infantil (49). Un 75-80% de las muertes perinatales ocurren en <37 semanas de edad gestacional (50) y aproximadamente 40% de estas muertes ocurren en <32 semanas (51). Las complicaciones secundarias al parto prematuro, son la causa directa más importante de mortalidad neonatal, siendo responsable de 35% del total de las muertes a nivel mundial, con 3,1 millones de muertes al año y la segunda causa de muerte más común en <5 años después de la neumonía (49).

Una publicación científica de Pohlman et al.(52) donde realizan una revisión sistemática de publicaciones sobre el parto prematuro y sus determinantes identificó que la baja edad materna es uno de los factores de riesgo más mencionados en la literatura como desencadenante de este evento mórbido. Asimismo, esta relación fue también hallada en el estudio de Nader et al.(53), siendo la edad entre 10 a 14 años la que más relacionó con este resultado.

Definición de términos básicos

Edad: Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales (54).

Materna: Todo lo que es materno es maternal, pero no viceversa. El primero sugiere lo que es propio de la madre efectiva (abuelos maternos, claustro materno) mientras que maternal se aplica más bien a cualidades, afectos, etc., semejantes a los de la madre (55).

Edad materna en los extremos de la vida reproductiva: Edad de la mujer en gestación comprendida entre los 10 a 19 años y mayor de 35 años de edad cumplidos (34).

Parto: Proceso mediante el cual la mujer expulsa al feto y la placenta al término de la gestación. Consta de tres fases: la de dilatación, la de expulsión y la placentaria o de alumbramiento (56).

Prematuro: Niño que nace antes del término de la gestación (57).

Parto prematuro: Nacimiento que ocurre antes de completarse las 37 semanas o antes de 259 días de gestación, desde el primer día del último periodo menstrual (2).

Factor de riesgo: Es una característica o circunstancia identificable que se relaciona con un mayor riesgo de desarrollar, padecer o verse desfavorablemente afectado por una enfermedad. Cada factor de riesgo tiene un impacto, prevalencia y complicaciones específicos para la madre, el feto o ambos (58).

2.3 Hipótesis

Ha. La edad materna en los extremos de la vida reproductiva está asociada al riesgo de prematuridad en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2023

Ho. La edad materna en los extremos de la vida reproductiva no está asociada al riesgo de prematuridad en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2023

2.4 Variables

Variable 1: edad materna en los extremos de la vida reproductiva

Variable 2: prematuridad.

2.5 Definición, conceptualización y operacionalización de variables

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala de medición	Nombre de la escala
<p>Variable 1</p> <p>Edad materna en los extremos de la vida reproductiva</p>	Edad de la mujer en gestación comprendida entre los 10 a 19 años y mayor de 35 años de edad cumplidos (34).	Años de vida que tiene la persona al momento de aplicar la ficha de recolección de datos	Edad	<p>10-13 años</p> <p>14-16 años</p> <p>17-19 años</p> <p>35- 40 años</p> <p>41 a más años</p>	Intervalo
<p>Variable 2</p> <p>Prematuridad</p>	Nacimiento que se produce después de las 22 semanas de gestación y antes de completar las 37 semanas, con independencia del peso al nacer (42).	Parto pretérmino comprendido entre la semana 22 y antes de las 37 ss. según FUM desde el primer día de la menstruación o ecografía del I trimestre en las gestantes del HRC.	Semanas de edad gestacional	<p>< 28 ss.</p> <p>28 a 31,6 ss.</p> <p>32 a 33,6 ss.</p> <p>34- 36,6 ss.</p>	Intervalo

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

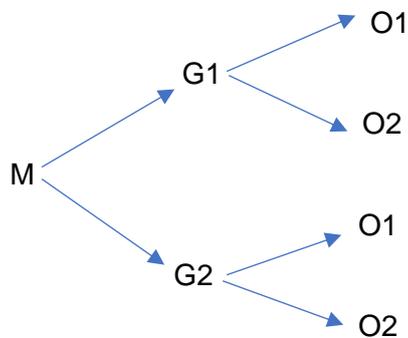
3.1. Diseño y tipo de estudio

El diseño de investigación del presente estudio tiene un diseño no experimental, analítico de casos y controles.

No experimental: porque no se manipuló ninguna variable del estudio.

Analítico: porque buscó la relación entre las variables edad materna en los extremos de la vida reproductiva y prematuridad (59).

Casos y controles: porque se buscó evaluar la asociación entre dos o más variables, teniendo además un grupo contraste denominado en este caso “Control” (59).



Donde:

M= Muestra

G1= Historias clínicas de pacientes que tuvieron parto prematuro (casos).

G2= Historias clínicas de pacientes que tuvieron parto a término (controles).

O1= Extremos de edad reproductiva (expuestos)

O2= Edad de 20-34 años (no expuestos)

3.2. Área de estudio y población

3.2.1 Área de estudio

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el servicio de Ginecología y Obstetricia, en donde laboran 36 Obstetras, 19 Ginecólogos, 18 enfermeras y 12 técnicos en enfermería, es una institución referencial de mayor complejidad de la Región Cajamarca de categoría II-2, cabecera de RED, acreditado para brindar una atención de salud integral de calidad y altamente especializada, ubicado en el Av. Larry Jhonson y Mártires de Uchuracay sin número cuadra 7 (Barrio Mollepampa) del distrito, provincia y departamento de Cajamarca (60).

3.2.2 Población

Según la estadística del Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el periodo de enero a diciembre del 2023 fueron atendidos 2254 partos, lo cual conformó la población para la investigación mencionada.

3.3. Muestra

3.3.1. Tamaño de la muestra y muestreo

El tamaño de la muestra se calculó mediante la fórmula para obtener el tamaño de muestra para comparar dos grupos que emplean variables cualitativas, en un estudio de casos y controles. Teniendo en cuenta como antecedente la investigación a López, M (Lima, 2018) donde señala que la prevalencia de casos expuestos como la edad materna añosa en prematuros es 28,4% (26).

$$n = \frac{[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Donde:

Z α : 1,96 Para una seguridad o nivel de confianza del 95%

Z β : 0,84 Poder estadístico 80%

p1: 0,284 Proporción de prematuros en edad materna añosa

p2: 0,153 Proporción de no prematuros en edad materna añosa

$$p: (p_1 + p_2) / 2 = 0,2185$$

$$n = \frac{[1,96 \sqrt{2 \times 0,2185 (1 - 0,2185)} + 0,84 \sqrt{0,284(1 - 0,284) + 0,153(1 - 0,153)}]^2}{(0,284 - 0,153)^2}$$

$$n = 155$$

El total de la muestra estuvo compuesta por 155 casos de recién nacidos prematuros y 155 controles de recién nacidos no prematuros atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.

Casos: Recién nacidos prematuros

Controles: Recién nacidos no prematuros

Proporcionalidad: Se consideró la proporción: 1:1

Homogeneidad: Se consideró la edad (recién nacidos) para ambos grupos.

Para estimar las posibles pérdidas de datos que por razones diversas (letra ilegible, datos incompletos) se ha determinado el tamaño de muestra ajustada por factor pérdida del siguiente modo:

Número de historias clínicas sin pérdidas=310

Proporción esperada de pérdida $R=0,31$

Muestra ajustada por factor pérdida: $n(1/1-R) = X (1/0,10) = 341$

3.4. Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por la historia clínica materna en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el periodo enero-diciembre 2023.

3.5. Criterios de inclusión y exclusión

3.5.1 Criterios de inclusión

- Todas las historias clínicas maternas atendidas de enero a diciembre de 2023, en el Hospital Regional de Cajamarca.
- Todas las historias clínicas maternas que se encuentren completas.

3.5.2 Criterios de exclusión

- Historias clínicas maternas que hayan nacido como consecuencia de una complicación obstétrica que ha obligado a terminar el embarazo.
- Historias clínicas maternas escritas con letra ilegible.

3.6. Consideraciones éticas de la investigación

Esta investigación se fundamentó en criterios dirigidos a asegurar la calidad y la objetividad de la investigación, como los siguientes:

Confidencialidad: La información de la historia clínica del recién nacido será protegida y no revelada, utilizándose sólo para fines de investigación.

Veracidad: Es decir que no se van a cambiar datos de la historia clínica sino se tomará datos exactos de la historia clínica.

3.7. Procedimientos para la recolección de datos

El presente estudio se realizó en dos etapas:

- En la primera etapa del estudio, se solicitó el permiso al director del Hospital Regional Docente de Cajamarca, previo informe para la realización de la investigación.
- En la segunda etapa del estudio, se solicitó el permiso correspondiente a la unidad de capacitación y docencia del establecimiento, a quien también se le explicará la importancia de la investigación para la recolección de la información.

La recolección de datos se llevó a cabo previa coordinación con el personal de archivo, para que permita el acceso a las historias clínicas maternas.

3.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica de recolección de datos fue el análisis documental ya que la información fue recogida de las historias clínicas maternas.

El instrumento fue la ficha de recolección de datos, el cual tiene dos partes, en la primera se registra datos personales y obstétricos de la madre como edad, grado de instrucción, procedencia, ocupación, estado civil, religión, paridad, número de controles prenatales y en la segunda datos referidos al recién nacido como edad gestacional, sexo, peso, talla, tipo de parto y Apagar.

Validez del instrumento: el instrumento ha sido validado mediante criterio de jueces quienes han sido profesionales especializados en el área.

Confiabilidad del instrumento: Para obtener la confiabilidad se ha realizado una prueba piloto considerando 10 historias clínicas, luego será realizado por la prueba alfa de Cronbach asumiendo un valor de 0,811.

3.9. Procesamiento y análisis de datos

Los datos recolectados fueron procesados de manera automatizada en el programa estadístico IBM SPSS v.25, luego se presentó los resultados en tablas y/o gráficos de acuerdo a los objetivos planteados donde se presentarán las frecuencias absolutas y porcentuales. Posteriormente se realizó un análisis estadístico descriptivo para determinar la relación entre la edad materna en los extremos de la vida reproductiva y la prematuridad a través de Chi cuadrado.

3.10. Control de calidad de datos

La calidad y la confiabilidad de la información se determinó considerando la prueba de operatividad y funcionalidad del instrumento de la recolección de datos en base en una prueba piloto realizada en 10 historias clínicas.

Se asume un 95% de confiabilidad en la recolección de datos ya que la información fue recogida por la propia investigadora.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas y prematuridad de las pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2023

	Prematuridad				Total	Prueba Chi cuadrado
	Casos		Controles			
	n°	%	n°	%	n°	%
Edad materna						
14 a 16 años	5	1,6%	7	2,3%	12	3,9%
17 a 19 años	29	9,4%	20	6,5%	49	15,8%
20 a 34 años	70	22,6%	101	32,6%	171	55,2%
35 a 40 años	47	15,2%	20	6,5%	67	21,6%
41 años a más	4	1,3%	7	2,3%	11	3,5%
						$X^2= 19,305$ $p = 0,001$
Grado de Instrucción						
Sin instrucción	1	0,3%	0	0,0%	1	0,3%
Primaria incompleta	8	2,6%	10	3,2%	18	5,8%
Primaria completa	24	7,7%	27	8,7%	51	16,5%
Secundaria incompleta	31	10,0%	25	8,1%	56	18,1%
Secundaria completa	50	16,1%	52	16,8%	102	32,9%
Superior técnica	22	7,1%	26	8,4%	48	15,5%
Superior universitaria	19	6,1%	15	4,8%	34	11,0%
						$X^2=2,885$ $p=0,823$
Procedencia						
Rural	97	31,3%	80	25,8%	177	57,1%
Urbano	58	18,7%	75	24,2%	133	42,9%
						$X^2=3,806$ $p=0,066$
Ocupación						
Ama de casa	105	33,9%	113	36,5%	218	70,3%
Estudiante	22	7,1%	17	5,5%	39	12,6%
Trabajadora independiente	10	3,2%	9	2,9%	19	6,1%
Trabajadora dependiente	18	5,8%	16	5,2%	34	11,0%
						$X^2=1,105$ $p=0,776$
Estado civil						
Soltera	8	2,6%	15	4,8%	23	7,4%
Conviviente	116	37,4%	111	35,8%	227	73,2%
Casada	31	10,0%	29	9,4%	60	19,4%
						$X^2=2,307$ $p=0,315$
Religión						
Católica	94	30,3%	83	30,0%	163	60,3%
No católica	61	19,7	62	20,0%	123	39,7%
						$X^2=1,775$ $p=0,625$
Total	155	50,0%	155	50,0%	310	100,0%

En la presente tabla se evidencia que del 55,2% de pacientes pertenecientes al grupo etario entre 20-34 años, el 22,6% tuvieron recién nacidos prematuros; en tanto que el 32,6% tuvieron partos a término; sin embargo, del 21,6% de quienes tienen edades entre 35 a 40 años, el 15,2% también tuvieron neonatos nacidos antes de la fecha programada; solamente el 6,5% no los tuvo. De igual manera, las pacientes menores de 19 años también tuvieron partos prematuros en el 11% y solamente el 8,8% no los tuvo, demostrándose que las mujeres en las edades extremas de la vida reproductiva (menores de 19 años y mayores de 35) tienen mayor probabilidad de tener recién nacidos prematuros.

Estadísticamente, se encontró diferencia significativa entre las variables edad materna y prematuridad según el p – valúe = 0,001.

Estos datos guardan similitud con lo reportado por Alvarado A. (27), quien identificó que en su estudio hubo relación significativa entre estas dos variables ($p=0,027$), asimismo, Ventura M. (26) quien informó que la edad materna resultó, en su investigación, un factor significativo para parto prematuro con un $p= 0,001$, también Quiroz V. (22) halló asociación estadísticamente significativa con parto prematuro ($p= 0,001$; $OR=0,84$; $IC95\%=0,80- 0,89$), de igual manera Chávez R., et al. (20) igualmente encontraron asociación entre edad materna y prematuridad con ($p<0,01$); $OR: 2,72$ con un $IC 95\% = (1,53-4,85)$.

La edad materna es un factor importante que puede influir en el embarazo generando parto prematuro, siendo las edades en los extremos de la vida reproductiva las que constituyen factores de riesgo para la presencia de este problema. La adolescencia se relaciona con la prematuridad debido a factores biológicos, sociales y económicos como la inmadurez fisiológica, nutrición deficiente, falta de acceso al cuidado prenatal, estrés, ansiedad, en ocasiones falta de apoyo familiar y social, asimismo; por su parte la edad materna avanzada también es un factor de riesgo debido a la presencia de comorbilidades que a veces son crónicas y que generan a su vez mayor riesgo de complicaciones obstétricas, es por ello que la edad materna es una variable preponderante en el análisis epidemiológico del nacimiento y que en las edades extremas de la vida materna existe un riesgo de nacimientos prematuros, hecho que genera una tasa elevada de morbilidad neonatal.

Respecto al grado de instrucción, se puede ver que del 32,9% de pacientes que tuvieron secundaria completa, el 16,1% tuvieron recién nacidos prematuros y el 16,8%

no los tuvo, también se logra evidenciar que del 15,5% de pacientes con estudios superior técnico el 7,1% tuvo partos prematuros, pero el 8,4% no los tuvo; sin embargo, del 16,5% que tenían estudios solamente de primaria completa, el 7,7% tuvieron partos prematuros mientras que el 8,7% no los tuvo.

Estadísticamente, no se encontró diferencia significativa entre el grado de instrucción y la prematuridad según $p - \text{valúe} = 0,823$.

Estos resultados concuerdan con la investigación de Ventura M. (26) quien no encontró asociación significativa entre estas dos variables con un $p= 0,227$, a diferencia de lo reportado con Pamela R. (23) quien en su estudio menciona que el nivel de escolaridad está relacionado con la prematuridad, pero no de manera específica.

Según la OMS, las mujeres con menor nivel de educación tienen un 20-30% más probabilidad de tener un parto prematuro. El bajo nivel de educación puede predisponer a las gestantes a presentar un parto prematuro; probablemente por la falta de conocimiento sobre el autocuidado durante el embarazo, dificultades para acceder a cuidado prenatal, menor acceso a recursos económicos, prevención e identificación de factores de riesgo y el acceso efectivo y oportuno de los servicios de salud durante el embarazo, sin embargo, en el presente estudio no se halló una asociación significativa entre este factor y el parto prematuro.

Con respecto a la procedencia de las pacientes, se evidencia que, del 57,1% de las pacientes que son de procedencia rural, el 31,3% tuvieron recién nacidos prematuros y el 25,8% no los tuvo; de la misma manera del 42,9% de pacientes de la zona urbana el 18,7% tuvo partos prematuros en tanto que el 24,2% no los tuvo.

Estadísticamente, no se encontró diferencia significativa entre las variables procedencia y prematuridad según $p - \text{valúe} = 0,066$.

Estos resultados son diferentes con los reportados por Chávez R., et al. (20) quienes muestran en su estudio que las pacientes de procedencia rural tienen mayor riesgo de parto prematuro ($p<0,01$); OR: 3.51 IC 95% = (2,03-6,06); de igual también difieren con los resultados encontrados por Ventura M. (26) quien evidenció que hubo asociación significativa entre ambas variables ($p= 0,008$).

Las mujeres que viven en zonas rurales enfrentan una mayor vulnerabilidad al parto prematuro debido a diferentes situaciones como la asistencia prenatal tardía que impide la identificación precoz de factores de riesgo y su tratamiento oportuno, igualmente son más proclives a estados nutricionales poco consistentes basados fundamentalmente en una dieta rica en carbohidratos con poco o ningún consumo de proteínas, frutas y verduras por la misma lejanía de sus viviendas a la zona urbana y el bajo poder adquisitivo que poseen. Sin embargo, las pacientes de procedencia urbana también presentan situaciones que comprometen su embarazo, como los estilos de vida no saludables, como no dormir sus horas completas, no disfrutar de horas de ocio, entre otros, sin embargo, en el presente estudio no se halló una asociación significativa entre este factor y el parto prematuro.

Al tratar la ocupación, se observa que del 70,3% de pacientes que indicaron ser amas de casa, el 36,5% tuvo parto a término, mientras que el 33,9% tuvo parto prematuro. Estadísticamente, no se encontró diferencia significativa entre la ocupación y la prematuridad según lo indica $p - \text{valúe} = 0,776$.

Estos resultados difieren con los encontrados por Ventura M. (26) quien encontró asociación significativa entre estas variables ($p=0,039$).

El exceso de trabajo físico, las malas posturas durante largas jornadas laborales y la manipulación de cargas pesadas, pueden aumentar la presión intraabdominal, acelerar las contracciones uterinas y disminuir el flujo sanguíneo placentario provocando un parto prematuro (26). Por otro lado, el trabajo realizado por las amas de casa requiere un gran esfuerzo físico y psíquico a lo largo del día, la mayoría de veces con escasas recompensas materiales o psicológicas que contribuyan a amortiguar ese estrés. Las mujeres que estudian también tienden a realizar trabajos con horarios irregulares que pueden inducir a cambios en el ritmo circadiano hormonal, provocando alteraciones endocrinas que afectan la concepción, sin embargo, en el presente estudio no se halló una asociación significativa entre este factor y el parto prematuro.

En lo referente al estado civil se evidencia que del 73,2% de las pacientes que son convivientes, el 37,4% tuvo recién nacidos prematuros y solamente el 35,8% no los tuvo. Estadísticamente, no se encontró diferencia significativa entre el estado civil y la prematuridad según lo indica $p - \text{valúe} = 0,315$.

Estos resultados guardan similitud con la investigación de Ventura M. (26) quien reportó que este factor no fue significativo para la ocurrencia de parto prematuro con un valor de $p=0,474$.

Si bien el estado civil no es un factor directo que contribuye al parto prematuro, la convivencia puede tener un impacto indirecto en la salud emocional y socioeconómica de las mujeres embarazadas, esto se debe a que muchas uniones no son planificadas y pueden surgir debido a la presión familiar y social, lo que puede generar estrés y conflictos en el hogar, este entorno familiar poco integrado y conflictivo puede reducir el apoyo emocional y económico para la gestante, restar importancia a los cuidados durante el embarazo e impedir el reconocimiento oportuno de factores de riesgo para el parto prematuro, de otra parte, una convivencia conflictiva puede generar estrés en la gestante, induciendo la liberación de hormonas como la oxitocina que a su vez desencadena contracciones uterinas capaces de aumentar la probabilidad de llevar a un parto prematuro.

En cuanto a la religión se observa que del 60,3% de las pacientes que indicaron ser de religión católica, el 30,3% tuvo parto prematuro, mientras que el 30% tuvo parto a término, de la misma manera del 39,7% de pacientes que dijeron no ser católicas el 19,7% tuvo partos prematuros en tanto que el 20% no los tuvo.

Estadísticamente, no se encontró diferencia significativa entre la religión y la prematuridad según lo indica el $p - \text{valúe} = 0,625$, referente a estos datos no se encontró antecedentes que estudiaran la asociación entre la religión y parto prematuro.

La religión, en ocasiones, somete a la gestante a una realidad de desventaja social, generando una serie de condiciones desfavorables para el cuidado de su salud y el sostén de su familia por el mismo hecho de las creencias o costumbres sobre la salud reproductiva que pueden tener, sin embargo, en el presente estudio no se halló una asociación significativa entre este factor y el parto prematuro.

Tabla 2. Características obstétricas y prematuridad de las pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2023

	Prematuridad				Total	Prueba Chi cuadrado
	Casos		Controles			
Paridad	n°	%	n°	%	n°	%
Nulípara	1	0,3%	0	0,0%	1	0,3%
Primípara	63	20,3%	76	24,5%	139	44,8%
Múltipara	83	26,8%	74	23,9%	157	50,7%
Gran múltipara	8	2,6%	5	1,6%	13	4,2%
Atenciones prenatales	n°	%	n°	%	n°	%
Ninguno	1	0,3%	0	0,0%	1	0,3%
De 1 a 3	43	13,9%	8	2,6%	51	16,5%
De 4 a 6	66	21,3%	30	9,7%	96	31,0%
De 7 a 9	40	12,9%	59	19,0%	99	31,9%
Más de 9	5	1,6%	58	18,7%	63	20,3%
Total	155	50,0%	155	50,0%	310	100,0%

La presente tabla indica que, del 50,7% de pacientes múltiparas del 50,7% de pacientes múltiparas, el 26,8% tuvo parto prematuro, mientras que el 23,9% no, de igual manera del 44,8% de las pacientes primíparas, el 20,3% tuvieron recién nacidos antes del tiempo y el 24,5% recién nacidos a término.

Estadísticamente, no se encontró diferencia significativa entre la paridad y la prematuridad según lo indica el p – valúe = 0,331.

Estos resultados son similares al estudio de Ventura M. (26) quien reportó que la paridad no tuvo asociación significativa con el parto pretérmino, según los valores $\chi^2= 4,470$ y $p= 0,215$.

Rivera F. (61) encontró que la multiparidad presenta un odds ratio de 3.18 en relación a parto prematuro; el cual fue significativo ($p<0.05$).

No obstante, los resultados obtenidos, la multiparidad cobra relevancia porque en ellas existe un agotamiento de la fibra uterina y que en ocasiones se asocia a un déficit nutricional de la mujer que termina en un parto prematuro; de otra parte, en las múltiparas también suele estar presente la dehiscencia del cérvix uterino que puede conllevar a abortos tardíos o partos prematuros.

Un estudio publicado en la revista "American Journal of Obstetrics and Gynecology" informó que las mujeres multíparas tienen un 15% más de probabilidad de tener un parto prematuro (62).

Por otro lado, las primíparas por su inexperiencia suelen retardar su primera atención prenatal y con ello la identificación precoz de factores de riesgo como un estado nutricional deficiente o un IMC bajo o elevado que las condiciona al parto prematuro, en ocasiones relacionada con complicaciones obstétricas que obligar a terminar con la gestación como el caso de la preeclampsia.

En relación al número de atenciones prenatales, se observa que del 31,9% de las pacientes que tuvieron de 7 a 9 atenciones prenatales, el 12,9% presentó parto prematuro, mientras que el 19% presentó parto a término, sin embargo, quien tuvo el mayor porcentaje de parto prematuro (21,3%) fueron las pacientes con 4 a 6 controles prenatales.

Estadísticamente, se encontró diferencia significativa entre los controles prenatales y la prematuridad según lo indica el p – valúe = 0,000.

Estos datos guardan relación con los estudios de Quiroz V. (22) quien encontró una asociación estadísticamente significativa entre la variable atención prenatal y parto prematuro ($p < 0,001$), presentando un OR de 2,80 y un IC al 95% de 1,60 – 4,88; al igual que el estudio de Ventura M. (26) quien reportó una asociación significativa con el parto prematuro, según los valores $\chi^2 = 106,840$ y $p = 0,000$.

La atención prenatal es una estrategia considerada como una de las actividades más importantes para velar por el binomio madre niño, ya que implica acciones preventivo promocionales que implica en primer lugar la identificación de factores de riesgo para incidir en ellos previniendo probables complicaciones obstétricas, identificando precozmente procesos mórbidos y brindando tratamiento oportuno frente al diagnóstico de una patología identificada, pero lo más importante es que la atención prenatal sea de calidad, precoz y adecuada en cuanto al número de atenciones.

Pintado M. (63) encontró que una atención prenatal inadecuada tiene influencia en la evolución perinatal del producto, gestantes sin atención prenatal o con atención prenatal insuficiente tienen mayor probabilidad de presentar niños prematuros en comparación con gestantes con atenciones mínimas.

Sin embargo, contrario a esta recomendación, los resultados obtenidos muestran que un gran porcentaje de pacientes con parto prematuro, presentó de 4 a 6 controles prenatales, posiblemente, esto se asocie al bajo nivel socioeconómico y educativo que presentan, por desconocer la importancia de esta actividad obstétrica para la salud materna y la vigilancia del adecuado desarrollo del embarazo.

Tabla 3. Casos de prematuridad en los extremos de la vida reproductiva de las pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2023

Edad Materna Extrema	Prematuridad				Total		p-valor*	OR	IC 95%
	Casos		Controles		n°	%			
	n°	%	n°	%	n°	%			
Si	85	27,4%	54	17,4%	139	44,8%			
No	70	22,6%	101	32,6%	171	55,2%	0,001	2,27	1,44-3,59
Total	155	50,0%	155	50,00%	310	100,0%			

En la presente tabla, se observa que del 55,2% de madres que no tuvieron una edad extrema de la vida reproductiva, solamente el 22,6% tuvo parto prematuro, en tanto que el 32,6% no; sin embargo, del 44,8% de madres con edad extrema de la vida reproductiva, el 27,4% tuvo parto prematuro y solamente el 17,4% no. Estableciéndose que las mujeres en edades extremas tienen mayor probabilidad de tener un parto prematuro, de hecho, la probabilidad es de 2,27, es decir que tanto las adolescentes como las mujeres mayores de 35 años tienen 2.27 más veces de tener esta complicación.

Estadísticamente se encontró relación significativa entre las variables edad en los extremos de la vida reproductiva y prematuridad según p valúe = 0,001.

Estos resultados guardan similitud con el estudio de López M. (24) quien reportó que los extremos de la edad reproductiva fueron un factor de riesgo para el parto pretérmino (OR=1,85; $p=0,027$; IC95%: 1,06 – 3,20), de igual manera también son semejantes de los resultados encontrados con Ventura M. (26) quien señaló que las edades extremas tenían una asociación significativa con el parto pretérmino con $p=0,001$, asimismo, la investigación de Chávez R., et al. (20) también mostraron una asociación estadísticamente significativa entre las edades maternas extremas y parto prematuro con ($p<0,01$); OR: 2.72 con un IC 95% = [1,53-4,85].

La edad materna extrema, definida como menor de 19 años o mayor de 35 años, se ha identificado como un factor de riesgo significativo para la prematuridad. Esto se debe a que la edad materna extrema puede afectar la salud y el bienestar de la madre y el bebé de varias maneras. En el caso de las madres menores de 19 años, la inmadurez física y emocional de la madre puede aumentar el riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto, los mismos que pueden desencadenar en un parto

premature, así como la falta de acceso a cuidado prenatal adecuado y la mayor vulnerabilidad a enfermedades infecciosas también contribuyen al aumento del riesgo de prematuridad. Por otro lado, las madres mayores de 35 años enfrentan un mayor riesgo de declive físico y hormonal, lo que puede afectar la salud del neonato. La mayor incidencia de enfermedades crónicas, como la hipertensión y la diabetes, también aumenta el riesgo de prematuridad.

Tabla 4. Edad materna en los extremos de la vida reproductiva y prematuridad de las pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2023

	Prematuridad				Total	p-valor*	OR	IC 95%
	Casos		Controles					
	n°	%	n°	%	n°	%		
Edad Materna Adolescente								
Si	34	11,0%	27	8,7%	61	19,7%		
No	121	39,0%	128	4,3%	249	80,3%	0,391	1,33
Total	155	50,0%	155	50,00%	310	100,0%		0,76-2,34
Edad Materna Avanzada								
Si	51	16,5%	27	8,7%	78	25,2%		
No	104	33,5%	128	41,3%	232	74,8%	0,002	2,32
Total	155	50,0%	155	50,00%	310	100,0%		1,36-3,97

En la presente tabla se evidencia que del 80,3% de pacientes no adolescentes, el 39% tuvo parto prematuro mientras que el 4,3% no; sin embargo, las pacientes menores de 20 años tuvieron parto prematuro en el 11% de los casos y solo el 8,7% no.

Estadísticamente, no se encontró relación significativa entre las variables edad materna adolescente y prematuridad según p – valúe = 0,391 y un OR de 1,33 que sugiere un aumento en el riesgo de parto prematuro para las madres adolescentes, sin embargo, por el IC del 95% (0,76-2,34), podríamos decir que el riesgo de parto prematuro es el mismo para las madres adolescentes que para las madres de otras edades.

Estos resultados coinciden con el estudio de Quiroz V. (22) quien manifestó que la prueba estadística indica que dichas cifras no difieren significativamente entre la edad materna adolescente y parto prematuro según los valores de $p= 0,092$, al igual que la investigación de López M. (24) quien reportó que la edad materna adolescente no se halla relacionada con el parto pretérmino ($p=0,08$).

La edad materna adolescente pasa por una inmadurez emocional que afecta la capacidad de la adolescente para afrontar las responsabilidades asociadas con el embarazo, sumándole que el apoyo de la familia puede ser limitado ante un embarazo no planeado más aún en situaciones de pobreza; hechos que pueden incrementar los

niveles de estrés en la gestante. Para los investigadores está claro que el estrés influye en la posibilidad de parto prematuro, pero no en qué grado, se cree que el estrés puede provocar un aumento de la secreción de esteroides en la matriz y estimular de este modo los receptores celulares que controlan la contracción y la relajación uterina (26), tal como lo describe Schwartz , quien informa que el estrés libera cortisol materno y fetal, sustancias convertidas en la placenta en estrógenos que a su vez aumentan las proteínas del miometrio y activan los receptores para la oxitocina; produciéndose contracciones uterinas capaces de desencadenar un parto prematuro.

Con respecto a la edad materna avanzada se evidencia que, del 74,8% de pacientes menores de 35 años, el 33,3% tuvo parto prematuro mientras que 41,3% no; sin embargo, las pacientes mayores de 35 años tuvieron parto prematuro en el 16,5% de los casos y solo el 8,7% no

Estadísticamente, se encontró relación significativa entre las variables edad materna avanzada (mayor de 35 años) y prematuridad según p valúe = 0,002 y un OR de 2.32 que indica que la edad mayor de 35 años aumenta el riesgo de prematuridad en 2,32 veces.

Estos resultados guardan similitud con el estudio de López M. (24) quien manifestó que la edad materna añosa se asocia con el parto prematuro ($p=0,05$) y un OR de 1,3; pero difiere de lo señalado por Montero A., et al. (17) quienes encontraron en su estudio que la edad materna avanzada no constituyó factor de riesgo de prematuridad.

Respecto a las mujeres mayores de 35 años pueden desarrollar enfermedades crónico degenerativas que aumentan las posibilidades de presentar enfermedades hipertensivas del embarazo y otras patologías obstétricas que incrementan el riesgo de parto prematuro. Se suma a ello que los embarazos en edades avanzadas pueden representar un reto físico y emocional no solo para la embarazada sino también para la familia; esta situación puede desencadenar estados de inestabilidad emocional y situaciones estresantes que estimulan la liberación de cortisol, sustancia que estimula la presencia temprana de contracciones uterinas que pueden llevar a un parto prematuro (26).

CONCLUSIONES

Al finalizar la presente investigación se determinaron las siguientes conclusiones:

1. La característica sociodemográfica que guarda relación con la prematuridad es la edad materna.
2. La característica obstétrica que se relaciona significativamente con la prematuridad es la atención prenatal según $p = 0,000$.
3. La prematuridad presente en los extremos de la vida reproductiva de la mujer es de 27,4%, con mayor porcentaje de pacientes con edad materna avanzada entre 35 a 40 años y en menor porcentaje aquellas con edades entre 17 a 19 años.
4. La edad materna en los extremos de la vida reproductiva si está asociada al riesgo de prematuridad (OR 2,27, $p=0.001$, IC 1,44-3,59), lo que significa que las pacientes en los extremos de la vida reproductiva tienen 2,27 veces de presentar prematuridad.

RECOMENDACIONES

1. A la Dirección Regional de Salud e Instituciones responsables de la atención a la gestante, implementar programas de screening de riesgo para parto prematuro en mujeres con edades maternas extremas (menor de 20 años o mayor de 35 años), asimismo, ofrecer cuidados prenatales óptimos y adecuados para mujeres en edades maternas extremas y planificar el parto en un centro hospitalario con unidades de cuidados neonatales.
2. A los profesionales obstetras que laboran en los distintos centros de salud, indicar a todas las gestantes particularmente a aquellas con edades en los extremos de la vida reproductiva, realizarse una cervicometría para identificar precozmente y prevenir la prematuridad.
3. A la directora de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia, organizar campañas preventivo promocionales sobre la salud reproductiva, teniendo en cuenta la importancia de la planificación familiar y el desarrollo de embarazos saludables a fin de disminuir complicaciones obstétricas como el parto prematuro.
4. A los futuros tesisistas de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia interesados en el tema, continuar investigando sobre factores de riesgo de prematuridad en otros ámbitos u otras poblaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de Salud. Nacimientos Prematuros. 2022 [citado 4 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
2. Matos Alviso L, Reyes Hernández K, et all. La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad.pdf. [citado 4 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2020/sj203h.pdf>
3. Plan International. Nacimientos prematuros en Uganda. [citado 4 de junio de 2023]. Disponible en: <https://plan-international.es/blog/nacimiento-prematuro-ni%C3%B1os-muerte-uganda>
4. March of Dimes Inc. El informe de March of Dimes 2022 indica que la tasa de nacimientos prematuros en los EE.UU. [citado 4 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.prnewswire.com/news-releases/el-informe-de-march-of-dimes-2022-indica-que-la-tasa-de-nacimientos-prematuros-en-los-estados-unidos-ha-alcanzado-su-nivel-maximo-en-15-anos-825448772.html>
5. Gaceta M. España tiene una de las tasas más altas de Europa de nacimientos prematuros. 2018 [citado 4 de junio de 2023]. Disponible en: <https://gacetamedica.com/investigacion/espana-tiene-una-de-las-tasas-mas-altas-de-europa-de-nacimientos-prematuros-xx1819880/>
6. Proaño D. Fundación de Waal. 2022 [citado 4 de junio de 2023]. Partos prematuros y sus riesgos en la salud. Disponible en: <https://fundaciondewaal.org/index.php/2022/03/04/partos-prematuros-y-sus-riesgos-en-la-salud/>
7. Boletín epidemiológico del Perú.pdf. [citado 4 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/46.pdf>
8. Navarro P. Causas y complicaciones de la prematuridad. 2020 [citado 10 de junio de 2023]. Disponible en: <https://campusvygon.com/causas-complicaciones-prematuridad/>
9. Toro Huerta C, Vidal C, Araya Castillo L. Tendencia temporal y factores asociados al parto prematuro en Chile, 1992-2018. Salud Colect. 8 de mayo de 2023;19:4203. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/scol/2023.v19/e4203/es/>
10. Organización Mundial de Salud. Adolescent pregnancy. 2022 [citado 4 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
11. Nius. España está a la cabeza de Europa en embarazadas mayores de 35 años. 2022 [citado 10 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.niusdiario.es/sociedad/sanidad/20221115/espana-cabeza-europa-embarazadas-mayores-35-anos_18_07982852.html

12. Fondo de las Naciones Unidas en Materia de Población (UNFPA). Embarazo y la maternidad adolescente para construir un mejor futuro para las niñas y adolescentes del Perú. 2022 [citado 4 de junio de 2023]. Disponible en: <https://peru.unfpa.org/es/news/se-debe-visibility-el-embarazo-y-la-maternidad-adolescentes-para-construir-un-mejor-futuro>
13. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Embarazo en adolescentes exige un mayor acceso a salud sexual y reproductiva y educación sexual integral. [citado 4 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-situacion-actual-de-embarazo-en-adolescentes-exige-un-mayor-acceso-a-salud-sexual-y-reproductiva-y-educacion-sexual-integral/>
14. Espinola Sánchez MA, Racchumí Vela A, Arango Ochante P, Minaya León P. Perfil sociodemográfico de gestantes en el Perú según regiones naturales. Rev Peru Investig Materno Perinat. 28 de agosto de 2019;8(2):14-20. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/149>
15. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2023 - Nacional y Departamental. [citado 1 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6389989/5601739-resumen-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2023.pdf>
16. Sigüencia RMC, Brito EGM, Dávalos NGO. Factores de riesgo maternos asociados al parto pre término. 2019;38. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/559/55964142005/55964142005.pdf>
17. Montero Aguilera A, Ferrer Montoya R, Paz Delfin D, Pérez Dajaruch M, Díaz Fonseca Y, Montero Aguilera A, et al. Riesgos maternos asociados a la prematuridad. Multimed. octubre de 2019;23(5):1155-73. Disponible en: <https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1374>
18. Zerna-Bravo C, Fonseca-Tumbaco R, Viteri-Rojas AM, Zerna-Gavilanes C. Identificación de factores de riesgo de parto pretérmino. Caso Hospital Enrique C. Sotomayor // Identification of risk factors for premature delivery of newborns at Hospital Enrique C. Sotomayor. Cienc UNEMI. 5 de junio de 2018;11(26):134-42.
19. Chiriboga P, Fernanda M. Principales factores de riesgo de parto pretérmino en Maternidad Mariana de Jesús periodo 2017. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina; 2018 [citado 29 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31415>
20. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. Factores sociodemográficos en el riesgo de parto prematuro en gestantes del hospital Sergio Bernales en el período de 2019-2020. 9 de febrero de 2023 [citado 30 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/314>
21. Arone Velasquez K. Edad materna como factor de riesgo de parto pretérmino en gestantes atendidas en el hospital regional de Ica, 2018. 2021 [citado 30 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.unica.edu.pe/handle/20.500.13028/3237>

22. Alessandra V, Nuñez Q. Factores de riesgo maternos asociados al nacimiento de prematuros en el servicio de neonatología del Hospital Carlos Lan Franco La Hoz, julio 2018 – julio 2019. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/entities/publication/a95910a5-267a-41d1-a80d-ac0d7d8492fc>
23. Ramos Gonzales P. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino, Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – julio 2018.pdf. [citado 11 de julio de 2023]. Disponible en: https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/3039/UNFV_RAMOS_GONZALES_PAMELA_LIZ_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
24. López Véliz MJ. Edad materna extrema como factor de riesgo para parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2017. Univ Nac Mayor San Marcos. 2018 [citado 30 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/9382>
25. Talledo Flores M. Factores de riesgo maternos asociados al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del Hospital De Apoyo II - 2 Sullana – Piura, julio - diciembre 2016.pdf. [citado 30 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1143/CIE-TALL-FLO-18.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
26. Ventura Rodríguez M. Factores sociales, obstétricos y clínicos asociados al parto pretérmino. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019. Univ. Nac Cajamarca. 2019 [citado 29 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/3592>
27. Alvarado Vargas AC. Factores de riesgo maternos y prematuridad servicio de neonatología H.R.D.C.2016. Univ. Nac Cajamarca. 2018 [citado 11 de julio de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/2285>
28. Donoso E, Carvajal JA, Vera C, Poblete JA. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Rev Médica Chile. febrero de 2014;142(2):168-74. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000200004
29. Salud del adolescente. [citado 16 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health>
30. Güemes-Hidalgo M, González-Fierro MJC, Vicario MIH. Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/desarrollo-durante-la-adolescencia/>
31. Ministerio de Salud (MINSA). Minsa actualiza normas para atención integral de salud de adolescentes. [citado 16 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/37385-minsa-actualiza-normas-para-atencion-integral-de-salud-de-adolescentes>
32. Plan International. Embarazo adolescente o precoz. [citado 16 de junio de 2023]. Disponible en: <https://plan-international.es/girls-get-equal/embarazo-adolescente>

33. Olvera Rosas AX, Mexico, editores. Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: una visión desde el Promajoven. Primera edición. México, D.F.: [Durango, Durango, Mexico]: Secretaría de Educación Pública; Durango, Gobierno del Estado; 2012. 182 p. Disponible en: <https://healtheducationresources.unesco.org/library/documents/embarazo-adolescente-y-madres-jovenes-en-mexico-una-vision-desde-el-promajoven>
34. Donoso E, Carvajal JA, Vera C, Poblete JA. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Rev Médica Chile. febrero de 2014;142(2):168-74. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000200004
35. Ayala-Peralta F, Guevara-Ríos E, Rodríguez-Herrera MA, Ayala-Palomino R, Quiñones-Vásquez LA, Luna-Figueroa A, et al. Edad materna avanzada y morbilidad obstétrica. Rev Peru Investig Materno Perinat. 3 de diciembre de 2016;5(2):9-15. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/60>
36. Usuario S. SOGIBA. [citado 3 de diciembre de 2024]. Edad Materna Avanzada. Disponible en: <https://www.sogiba.org.ar/index.php/publicaciones/la-comunidad/801-edad-materna-avanzada>
37. Yogev Y, Melamed N, Bardin R, Tenenbaum-Gavish K, Ben-Shitrit G, Ben-Haroush A. Pregnancy outcome at extremely advanced maternal age. Am J Obstet Gynecol. diciembre de 2010;203(6):558.e1-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20965486/>
38. Baranda-Nájera N, Patiño-Rodríguez DM, Ramírez-Montiel ML, Rosales-Lucio J, Martínez-Zúñiga M de L, Prado-Alcázar JJ, et al. Edad materna avanzada y morbilidad obstétrica. Evid Médica E Investig En Salud. 15 de agosto de 2014;7(3):110-3. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?ldarticulo=56142>
39. García Hernández GE. Embarazo adolescente y pobreza, una relación compleja. Iztapalapa Rev Cienc Soc Humanidades. 1 de julio de 2014;(77):13-53. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-91762014000200013
40. Bustos JC, Vera E, Pérez S. A, Donoso Sina E. El embarazo en la quinta década de la vida. Rev Chil Obstet Ginecol. 1986;402-11. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-45994?lang=es>
41. Donoso S E, Villarroel del P L. Edad materna avanzada y riesgo reproductivo. Rev Médica Chile. enero de 2003;131(1):55-9. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000100008
42. Ministerio de Salud del Perú. Guías técnicas para la atención, diagnóstico y tratamiento de 10 condiciones obstétricas. 2011; p. 45–50.pdf. [citado 21 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1889.pdf>

43. Parto prematuro. 2012 [citado 17 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.medwave.cl/puestadia/practica/5477.html>
44. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Mendoza Tascón LI, Arias Guatibonza MD, Peñaranda Ospina CB. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Rev Chil Obstet Ginecol. agosto de 2016;81(4):330-42. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000400012
45. Consenso Parto Pretermino.pdf. [citado 16 de junio de 2023]. Disponible en: http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Parto_Pretermino.pdf
46. Velázquez Quintana NI, Masud Yunes Zárraga JL, Ávila Reyes R. Boletín médico del Hospital Infantil de México. Bol Méd Hosp Infant México. febrero de 2004;61(1):73-86. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462004000100010
47. Althabe F, Howson CP, Kinney M, Lawn J, World Health Organization. Born too soon: the global action report on preterm birth. 2012 [citado 2 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204%5Fborntoosoon-report.pdf>
48. Lawn JE, Wilczynska-Ketende K, Cousens SN. Estimating the causes of 4 million neonatal deaths in the year 2000. Int J Epidemiol. junio de 2006;35(3):706-18. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16556647/>
49. Liu L, Johnson HL, Cousens S, Perin J, Scott S, Lawn JE, et al. Global, regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. Lancet Lond Engl. 9 de junio de 2012;379(9832):2151-61. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22579125/>
50. Goldenberg RL, Jobe AH. Prospects for research in reproductive health and birth outcomes. JAMA. 7 de febrero de 2001;285(5):633-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11176872/>
51. Slattery MM, Morrison JJ. Preterm delivery. Lancet Lond Engl. 9 de noviembre de 2002;360(9344):1489-97. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12433531/>
52. Conceição F. Parto prematuro: enfoques presentes en la producción científica nacional e internacional. Enferm Glob. 2016;12. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000200014
53. Nader PRA, Cosme LA. Parto prematuro en adolescentes: la influencia de variables sociodemográficas y reproductivas, espíritu santo, 2007. Esc Anna Nery. junio de 2010;14(2):338-45. Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322008000300002

54. ASALE R, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 2 de octubre de 2020]. edad | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad>. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad>
55. Dictionary. Materna. [citado 11 de julio de 2023]. Disponible en: <https://es.thefreedictionary.com/materna>
56. RAE. Diccionario panhispánico del español jurídico - Real Academia Española. [citado 2 de octubre de 2020]. Definición de parto - Diccionario panhispánico del español jurídico - RAE. Disponible en: <https://dpej.rae.es/lema/parto>
57. ASALE R, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 2 de octubre de 2020]. prematuro, prematura | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/prematuro>
58. Embarazo de alto riesgo.pdf. [citado 16 de junio de 2023]. Disponible en: <https://fecopen.org/wp-content/images/embarazoaltoriesgo.pdf>
59. Soto A, Cvetkovic-Vega A. Estudios de casos y controles. Rev Fac Med Humana. 15 de enero de 2020;20(1):138-43. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v20n1/2308-0531-rfmh-20-01-138.pdf>
60. Hospital Regional Docente de Cajamarca. [citado 16 de junio de 2023]. Portal Web Hospital Regional Docente de Cajamarca. Disponible en: <http://www.hrc.gob.pe>
61. Rivera Inga FR. Multiparidad como factor de riesgo de parto pretermino en pacientes del servicio de gineco- obstetricia del hospital Belen de Trujillo. Univ. Priv Antenor Orrego. 2018 [citado 10 de octubre de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/1541>
62. American Journal of Obstetrics & Gynecology. [citado 10 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.ajog.org/>
63. Pintado Villa MI. Prevalencia y factores asociados al parto pretermino en el Hospital General de Macas, periodo octubre 2015 – octubre 2016. 2017 [citado 10 de octubre de 2024]; Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/7513>



ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



Introducción: La presente ficha de recolección de datos nos servirá para poder recoger información sobre la edad materna en los extremos de la vida reproductiva y la prematuridad, la misma que se llenará de acuerdo a los datos consignados en la historia clínica.

I. DATOS PERSONALES Y OBSTÉTRICOS

() **Grupo caso:** Parto prematuro () **Grupo control:** Parto a término

1. Edad:

10 a 13 años () 14 a 16 años () 17 a 19 años ()
20 a 34 años () 35 a 40 años () 41 años a más ()

2. Grado de instrucción:

Sin instrucción () Primaria incompleta () Primaria completa ()
Secundaria incompleta () Secundaria completa () Superior técnica ()
Superior Universitaria ()

3. Procedencia:

Rural () Urbano ()

4. Ocupación:

Estudiante () Ama de casa () Trabajadora Independiente ()
Trabajadora dependiente ()

5. Estado civil:

Soltera () Conviviente () Casada () Divorciada () Viuda ()

6. Religión:

Católica () No católica ()

7. Paridad:

Nulípara () Primípara () Multípara () Gran Multípara ()

8. Número de atenciones prenatales

Ninguno () 1 a 3 () 4 a 6 () 7 a 9 () más de 9 ()

II. DATOS DEL RECIÉN NACIDO

1. Edad gestacional

Recién nacido prematuro extremo: < 28 semanas. ()

Recién nacido muy prematuro: 28 a 31,6 semanas.()

Recién nacido prematuro moderado :32 a 33,6 semanas ()

Recién nacido prematuro tardío: 34 a menos de 36,6 semanas. ()

Recién nacido a término 37 a 42 semanas ()

2. Sexo

Masculino ()

Femenino ()

3. Peso

< 1000 gr ()

< 1500gr ()

< 2500 gr ()

2500 a 4000 gr ()

4. Talla

< 45 cm ()

45 a 54 cm ()

> 55 cm ()

5. Tipo de parto

Parto por cesárea ()

Parto vaginal ()

6. Apgar

Al 1 minuto

7 a 10 ()

4 a 6 ()

0 a 3 ()

A los 5 minutos

7 a 10 ()

4 a 6 ()

0 a 3 ()

ANEXO 2

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR CRITERIO DE JUECES

“EDAD MATERNA EN LOS EXTREMOS DE LA VIDA REPRODUCTIVA COMO FACTOR DE RIESGO DE PREMATURIDAD. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2023”

CRITERIOS	INDICADORES	JUECES					Valor de b
		Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para el entrevistado. El vocabulario es apropiado al nivel educativo de las unidades de estudio.	1	1	1	1	1	1
OBJETIVIDAD	Está expresado en indicadores o preguntas precisas y claras.	1	1	1	1	1	1
ORGANIZACIÓN	Presenta los ítems/preguntas con una organización lógica y clara.	1	1	1	1	1	1
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio.	1	0	1	1	1	0,80
COHERENCIA	Coherencia entre la variable/objeto de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	1	0	1	0	1	0,60
TOTAL		5	3	5	4	5	0,88

1: De acuerdo 0: Desacuerdo

Conclusión de jueces expertos: Excelente validez

Mediante el juicio de expertos, se logró una concordancia de 0,88, lo que indica una validez excelente.

PROCESAMIENTO:

b: Grado de concordancia significativa

Ta: Número total de “acuerdos” de jueces

Td: Número total de “desacuerdos” de jueces

Prueba de concordancia entre los jueces

$$b = \frac{Ta}{Ta + Td} \times 100$$

$$b = \frac{22}{22 + 3} \times 100 = 0,88$$

Jueces

Jueces	Nombre	Grado Académico	Cargo de la Institución donde labora
Juez 1	Rodríguez Sánchez, Amanda Elena	Mg. en Obstetricia	Docente en la UNC
Juez 2	Julián Castro, Janet del Rosario	Maestra en Ciencias	Obstetra en Hospital Simón Bolívar
Juez 3	Salazar Saldaña, Rosario	Maestra en Gestión de los Servicios de Salud	Jefe de Obstetras en Hospital Regional Docente de Cajamarca
Juez 4	Romero Díaz, Roxana Natalie	Obstetra	Obstetra en C.S. La Tulpuna
Juez 5	Moreno Huamán, Elsa	Obstetra	Coordinadora de la Estrategia Adolescente en C.S. La Tulpuna

CUADRO DE PUNTUACIÓN	
0,53 a menos	Validez nula
0,54 - 0,59	Validez baja
0,60 - 0,65	Valida
0,66 - 0,71	Muy valida
0,72 - 0,99	Excelente validez
1,00	Validez perfecta

ANEXO 3

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

“EDAD MATERNA EN LOS EXTREMOS DE LA VIDA REPRODUCTIVA COMO FACTOR DE RIESGO DE PREMATURIDAD. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2023”

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	10	100,0
	Excluido	0	0,0
	Total	10	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,811	16

El instrumento presenta una Alfa de Cronbach 0,811, lo cual muestra un alfa de Cronbach bueno, lo que demuestra que el instrumento es confiable.

ANEXO 4

Tabla 5. Características neonatales de los recién nacidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2023

Características Neonatales	n°	%
Edad Gestacional		
Prematuro extremo	6	1,9
Muy prematuro	17	5,5
Prematuro moderado	18	5,8
Prematuro tardío	114	36,8
A término	155	50,0
Sexo		
Masculino	173	55,8
Femenino	137	44,2
Peso		
< 1000 gr	10	3,2
< 1500 gr	16	5,2
< 2500 gr	109	35,2
2500 a 4000 gr	175	56,5
Talla		
<45 cm	76	24,5
45-54 cm	234	75,5
>55 cm	0	0,0
Tipo De Parto		
Cesárea	28	9,0
Vaginal	282	91,0
Apgar al 1 minuto		
De 7 a 10	272	87,8
De 4 a 6	31	10,0
De 0 a 3	7	2,2
Apgar a los 5 minutos		
De 7 a 10	298	96,1
De 4 a 6	10	3,2
De 0 a 3	2	0,7
Total	310	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos