



**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**NÉSTOR CÉCERES VELÁSQUEZ**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL**



**TRABAJO ACADÉMICO**  
**FACTORES ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO**  
**EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL**  
**HOSPITAL DE SANDIA PERIODO**  
**ENERO JUNIO 2024**

**PRESENTADO POR:**  
**OLGA SUPO TIPULA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN**  
**ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS**

JULIACA – PERU  
2025



**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL**

**TRABAJO ACADÉMICO**  
**FACTORES ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO**  
**EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL**  
**HOSPITAL DE SANDIA PERIODO**  
**ENERO JUNIO 2024**

**PRESENTADO POR:**  
**OLGA SUPO TIPULA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN**  
**ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS**

**APROBADO POR:**

**PRESIDENTE**

:   
Dra. ESPERANZA CUEVA ROSSEL

**PRIMER MIEMBRO**

:   
Dra. GLADYS MARUJA TORRES CONDORI

**SEGUNDO MIEMBRO**

:   
Dr. JESUS MAMANI MAMANI

**ASESOR**

:   
Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN : SALUD PÚBLICA - SEG04**



### UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ" ESCUELA DE POSGRADO



#### RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 058-2025-D-SEP-EPG-UANCV/J

12 de setiembre del 2025

**VISTOS:**

El expediente N° 2025-C-2522, presentado por el (la) Egresado (a), **SUPO TIPULA OLGA**, quien solicita nominación de jurados, Fecha y hora de sustentación del Trabajo Académico, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de la Sede Central Juliaca.

**CONSIDERANDO:**

Que, el (a) Egresado (a), **SUPO TIPULA OLGA**, con DNI. **02431879**, con numero de matrícula **1410136014**, ha solicitado asignación de jurados, Fecha y hora de sustentación del Trabajo Académico titulada: **FACTORES ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE SANDIA PERIODO ENERO JUNIO 2024**, para optar el Título de **Segunda Especialidad Profesional en ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS** de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez";

Que, de conformidad con lo previsto en el artículo 18° del Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos, **Comité de investigación;**

Que, mediante Resolución Directoral N° **258-2024-SEP-EPG/UANCV SE APRUEBA Y AUTORIZA LA EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN (TRABAJO ACADEMICO)** con Resolución Directoral N° **432-2024- SEP-EPG/UANCV se APRUEBA Y AUTORIZA EL INFORME FINAL DE LA INVESTIGACIÓN** titulada: **FACTORES ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE SANDIA PERIODO ENERO JUNIO 2024** la misma que pertenece a la línea de investigación: **SALUD PÚBLICA - SEG04;**

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos en su artículo 28° **DE LA SUSTENTACIÓN.**

Y estando, la opinión favorable del Director de la Unidad de Investigación y el Director de la Escuela de Posgrado mediante acta de sorteo de jurado, con registro N° **0000031** de fecha 11 de setiembre del 2025 se nomina jurados de tesis conforme a lo detallado en el acta.

Que, conforme al Artículo 66° del Reglamento General de la Escuela de Posgrado de la UANCV, establece que la Tesis de Posgrado es un trabajo de investigación científica original de la actualidad y de alto valor científico; en uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "J" del artículo 17° del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 76 del Estatuto Universitario;

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO. - DECLARAR APTO** para la Sustentación Presencial del informe final de la investigación (Trabajo Académico), del (a) Egresado (a), **SUPO TIPULA OLGA**, para optar el título de **Segunda Especialidad Profesional en ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS**, en virtud de los considerados expuestos.

**ARTÍCULO SEGUNDO. - NOMINAR JURADOS** para la sustentación presencial y defensa del Trabajo Académico a los siguientes docentes ordinarios:

<b>Presidente</b>	:	<b>Dra. ESPERANZA CUEVA ROSSEL</b>
<b>Primer Miembro</b>	:	<b>Dra. GLADYS MARUJA TORRES CONDORI</b>
<b>Segundo Miembro</b>	:	<b>Dr. JESUS MAMANI MAMANI</b>
<b>Asesor</b>	:	<b>Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA</b>

**ARTÍCULO TERCERO. -** El proceso de la Sustentación de la Tesis en mención, se llevará a cabo:

<b>Fecha</b>	:	<b>Viernes, 19 de setiembre del 2025</b>
<b>Hora</b>	:	<b>02:30 p.m</b>
<b>Lugar</b>	:	<b>Aula 208 - CC3 SEGUNDO PISO - UANCV</b>

**ARTÍCULO CUARTO. -** El Director de la Escuela de Posgrado queda encargado del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, comuníquese y Archívese.

UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ  
ESCUELA DE POSGRADO

.....  
Dr. Javier Romulo Quispe Zapana  
DIRECTOR (e)



## UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ" ESCUELA DE POSGRADO



### RESOLUCIÓN DIRECTORAL N°432-2024-SEP-EPG/UANCV

Juliaca, 25 de octubre del 2024

#### VISTOS:

El Expediente N°2024-011395 de fecha 12 de setiembre del 2024, el (la) egresado (a): **SUPO TIPULA OLGA** con DNI N°02431879 código de matrícula N°1410136014 quien solicita Revisión de Informe Final de la Propuesta de Investigación (**Trabajo Académico**); **acorde al Informe N°0644-2024-UI-EPG-UANCV** y el **Anexo (04) Ficha de Opinión del Informe Final de la Propuesta de Investigación (Trabajo Académico)** del 09 de octubre del 2024, que fue revisada por el Comité de Investigación de la Escuela de Posgrado.

#### CONSIDERANDO:

**Que**, las Unidades de Investigación son unidades académicas que agrupan a docentes y estudiantes de diversas disciplinas, en razón del desarrollo de Investigación Científica, Tecnológica y Humanista de acuerdo al Estatuto Universitario Modificado 2020 de nuestra primera Casa Superior de Estudios.

**Que**, con Expediente N°2024-011395 el (la) egresado (a): **SUPO TIPULA OLGA** solicita la revisión y aprobación del Informe Final de la Propuesta de Investigación (**Trabajo Académico**) titulado:

**FACTORES ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE SANDIA PERIODO ENERO JUNIO 2024** Línea de Investigación: **SALUD PÚBLICA SEG-04**, para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en: **ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS**.

**Que**, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos plasmado en la Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R.

**Que**, el Comité de Investigación emitió su opinión **FAVORABLE** al Informe Final de la Propuesta de Investigación (**Trabajo Académico**).

**Que**, el Director de la Unidad de Investigación de la Escuela de Posgrado, corroboró el asesoramiento en el Informe Final de la Investigación (**Trabajo Académico**) del **ASESOR (A): Dra. MARÍA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA**; y,

**Estando**, la opinión favorable del Comité de Investigación, según **INFORME N° 0644-2024-UI-EPG-UANCV** y el **Anexo (04) Ficha de Opinión del Informe Final de Propuesta de Investigación (Trabajo Académico)** en concordancia con el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que establece la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y Modificatoria N° 24661 y el Estatuto de la UANCV, que confiere facultades a la unidad de Investigación de la Escuela de Posgrado.

#### SE RESUELVE:

**ARTICULO PRIMERO. - APROBAR Y AUTORIZAR EL INFORME FINAL DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN (TRABAJO ACADÉMICO)** para la **REVISIÓN DE SIMILITUD TURNITIN**, Titulado: **FACTORES ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE SANDIA PERIODO ENERO JUNIO 2024** presentado por el (la) Egresado (a): **SUPO TIPULA OLGA**, en virtud de los considerandos expuestos.

**ARTICULO SEGUNDO. - RATIFICAR**, como **ASESOR(a): Dra. MARÍA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA**.

**ARTICULO TERCERO. - DISPONER** que la Escuela de Posgrado, Secretaría Académica y Administrativa, quedan encargados del cumplimiento de la presente resolución.

Regístrese, comuníquese y archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"  
ESCUELA DE POSGRADO

Dr. Leopoldo Wenceslao Condoni Cari  
DIRECTOR (a)

DISTRIBUCIÓN:  
DIRECCIÓN EPG, INTERESADO.  
ARCHLWCC/mha



# UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ" ESCUELA DE POSGRADO



### RESOLUCIÓN DIRECTORAL N°258-2024-SEP-EPG/UANCV

Juliaca, 26 de agosto del 2024

VISTOS:

El Expediente N°2024-06956, presentado por el (la) Egresado (a) SUPO TIPULA OLGA con DNI N°02431879 código de matrícula N°1410136014 quien solicita Revisión de Propuesta de Investigación y el INFORME N° 0135-2024-UI-EPG-UANCV y el Anexo (02) Ficha de Opinión de la Propuesta de Investigación, fue revisada por el Comité de Investigación de la Escuela de Posgrado.

CONSIDERANDO:

Que, las Unidades de Investigación son unidades académicas que agrupan a docentes y estudiantes de diversas disciplinas, en razón del desarrollo de investigación científica, tecnológica y humanista de acuerdo al Estatuto Universitario Modificado 2020 de nuestra primera Casa Superior de Estudios.

Que, con Expediente N°2024-0135 el (la) Egresado (a): SUPO TIPULA OLGA solicita la revisión y aprobación de la Propuesta de Investigación Titulado: FACTORES ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE SANDIA PERIODO ENERO JUNIO 2024 Línea de Investigación: SALUD PÚBLICA SEG-04, para optar el TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS.

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación conducente a Grados y Títulos plasmado en la Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R.

Que, el Comité de Investigación emitió su opinión FAVORABLE a la propuesta de investigación.

Que, el Director de la Unidad de Investigación de la Escuela de Posgrado, corroboró la propuesta del ASESOR el (la) Dra. Maria Amparo del Pilar CHAMBI CATACORA quien debe estar acreditado y facultado para orientar y ayudar al asesorado en el proceso de elaboración de la propuesta de investigación de acuerdo a la DIRECTIVA N° 004-2019-UANCV-VRAD-OI; y,

Estando, la opinión favorable del Comité de Investigación, según INFORME N°0135-2024 -UI-EPG-UANCV y el Anexo (02) Ficha de Opinión de la Propuesta de Investigación en concordancia con el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que establece la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y Modificatoria N° 24661 y el Estatuto de la UANCV, que confiere facultades a la unidad de Investigación de la Escuela de Posgrado.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. - APROBAR Y AUTORIZAR LA EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN, titulado: FACTORES ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE SANDIA PERIODO ENERO JUNIO 2024 presentado por el (la) Egresado (a): SUPO TIPULA OLGA en virtud de los considerandos expuestos.

ARTICULO SEGUNDO. - RECONOCER, como ASESOR al (el) (la) Dra. Maria Amparo del Pilar CHAMBI CATACORA.

ARTICULO TERCERO. - DISPONER que la Escuela de Posgrado, la Secretaría Académica y administrativa, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, comuníquese y archívese.



DIRECCIÓN EPG, INTERESADO.  
C.C./ARCH.  
LWCC/mha



# 12% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

## Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

## Fuentes principales

- 9% Fuentes de Internet
- 2% Publicaciones
- 9% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



**METADATOS COMPLEMENTARIOS – UANCV**

<b>TÍTULO DEL TRABAJO ACADÉMICO</b>	
<b>FACTORES ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE SANDIA PERIODO ENERO JUNIO 2024</b>	
<b>Datos de autor</b>	
Nombres y apellidos	OLGA SUPO TIPULA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	02431879
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0009-0009-1887-3188">https://orcid.org/0009-0009-1887-3188</a>
<b>Datos de asesor</b>	
Nombres y apellidos	MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA
Tipo de documento de identidad	DNI
Numero de documento de identidad	02405808
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0001-8164-4833">https://orcid.org/0000-0001-8164-4833</a>
<b>Datos del jurado</b>	
<b>Presidente del jurado</b>	
Nombres y apellidos	ESPERANZA CUEVA ROSSEL
Tipo de documento	DNI
Numero de documento de identidad	02558176
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0002-7453-3382">https://orcid.org/0000-0002-7453-3382</a>
<b>Miembro Del Jurado 1</b>	
Nombres y apellidos	GLADYS MARUJA TORRES CONDORI
Tipo de documento	DNI
Numero de documento de identidad	02360070
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0002-5861-0392">https://orcid.org/0000-0002-5861-0392</a>



Miembro Del Jurado 2	
Nombres y apellidos	JESUS MAMANI MAMANI
Tipo de documento	DNI
Numero de documento de identidad	02425043
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0009-0008-7372-6132">https://orcid.org/0009-0008-7372-6132</a>
<b>Datos de investigación</b>	
Línea de investigación	SALUD PÚBLICA - SEG04
Grupo de investigación	No aplica
Agencia de financiamiento	Sin Financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	<p><b>País:</b> Perú  <b>Departamento:</b> Puno  <b>Provincia:</b> Sandia  <b>Distrito:</b> Sandia</p> <p><b>Coordenadas</b>  <b>Latitud:</b> 14°19'19.3"S  <b>Longitud:</b> 69°27'59.5"W</p> <p><b>URL maps:</b>  <a href="https://tinyurl.com/268cm5ld">https://tinyurl.com/268cm5ld</a></p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Agosto 2024 – septiembre 2025
URL de disciplinas OCDE	<p><b>CIENCIAS DE LA SALUD</b>  <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.03.00">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.03.00</a></p> <p><b>SALUD PÚBLICA, SALUD AMBIENTAL</b>  <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05</a></p>

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO  
 ESCUELA DE POSTGRADO

*Jesús Mamani Mamani*  
 Dr. Jesús Mamani Mamani  
 DIRECTOR  
 DE INVESTIGACIÓN - EPG



### DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo OLGA SUPO TIPULA, identificado con DNI  
Nro. 02431879 en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional
- Programa de Segunda Especialidad,
- Programa de Maestría o Doctorado

ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

informo que he elaborado el/la  Tesis o  Trabajo de Investigación,  Trabajo Académico denominada:

FACTORES ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN ADOLESCENTES

ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE SANDÍA PERIODO ENERO JUNIO 2024

Asesorado por: Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

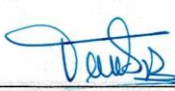
Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 31 de octubre del 2025

  
Firma del Asesor  
(obligatoria)

  
FIRMA (obligatoria)



Huella



## DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis seres queridos y familiares, quienes han sido mi fuente constante de apoyo y fortaleza. A mi familia, por su amor incondicional y por acompañarme en cada paso de este camino, brindándome el ánimo necesario para alcanzar mis metas. A ustedes, que han sido el motor y la inspiración detrás de cada esfuerzo y cada logro, les debo todo mi agradecimiento y este logro es también suyo.



## AGRADECIMIENTO

Expreso mi profundo agradecimiento a la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, Escuela de Posgrado de Segunda Especialidad, por brindarme la oportunidad y el espacio académico para desarrollar esta investigación, promoviendo mi crecimiento personal y profesional. Agradezco especialmente a mi asesora, la Dra. María Amparo del Pilar Chambi Catacora, por su guía experta, su paciencia y sus valiosas enseñanzas, que han sido fundamentales para la realización de este trabajo. Su apoyo y dedicación han sido una fuente invaluable de conocimiento y motivación en este proceso.



## ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
ÍNDICE GENERAL.....	v
ÍNDICE DE TABLAS.....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	x

### CAPÍTULO I

#### ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.3. OPERACION DE VARIABLES.....	4

### CAPÍTULO II

#### OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL:.....	5
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	5

### CAPÍTULO III

#### MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
2.2. BASES TEÓRICAS.....	11
2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	35

### CAPÍTULO IV

#### METODOLÓGIA DE LA INVESTIGACIÓN

.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.....	40
3.2. TIPO DE INVESTIGACION.....	40



3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN .....	41
3.4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	41
3.5. METODO O METODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN .....	41
3.6. AMBITO DE INVESTIGACION.....	42
3.7. LA POBLACIÓN .....	42
3.8. MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN.....	42
3.9. TECNICA UTILIZADA EN LA INVESTIGACIÓN .....	43
3.10. INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA INVESTIGACIÓN .....	43
3.11. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION .....	44
3.13. CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS.....	44

## **CAPÍTULO V**

### **RESULTADOS**

4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS .....	45
CONCLUSIONES.....	66
RECOMENDACIONES .....	67
REFERENCIAS.....	68



## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Grupo etario asociado al parto pretérmino adolescentes gestantes atendidas en el Hospital de Sandia periodo enero junio 2024. ....	47
<b>Tabla 2.</b> Procedencia asociada al parto pretérmino adolescentes gestantes atendidas en el Hospital de Sandia periodo enero junio 2024. ....	49
<b>Tabla 3.</b> Estado civil asociado al parto pretérmino adolescentes gestantes atendidas en el Hospital de Sandia periodo enero junio 2024. ....	51
<b>Tabla 4.</b> Grado de instrucción asociado al parto pretérmino adolescentes gestantes atendidas en el Hospital de Sandia periodo enero junio 2024. ....	53
<b>Tabla 5.</b> Controles prenatales asociado al parto pretérmino adolescentes gestantes atendidas en el Hospital de Sandia periodo enero junio 2024. ....	55
<b>Tabla 6.</b> Antecedente de parto pretérmino asociado al parto pretérmino adolescentes gestantes atendidas en el Hospital de Sandia periodo enero junio 2024. ....	57
<b>Tabla 7.</b> Paridad asociada al parto pretérmino adolescentes gestantes atendidas en el Hospital de Sandia periodo enero junio 2024. ....	59
<b>Tabla 8.</b> Tipo de Infecciones asociado al parto pretérmino adolescentes gestantes atendidas en el Hospital de Sandia periodo enero junio 2024. ....	61
<b>Tabla 9.</b> Diabetes gestacional asociado al parto pretérmino adolescentes gestantes atendidas en el Hospital de Sandia periodo enero junio 2024. ....	63
<b>Tabla 10.</b> Tipo de parto pretérmino en adolescentes gestantes atendidas en el Hospital de Sandia periodo enero junio 2024. ....	65



## RESUMEN

El trabajo tuvo como **Objetivo:** determinar la relación de los factores con el parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital de Sandía.

**Metodología:** cuantitativo, correlacional, básico y se utilizó como instrumento el análisis documental y la ficha de registro de datos. **Resultados:** Se identificó los

factores sociodemográficos, donde el 42.6% de las gestantes tienen edades entre 17 a 19 años, el 25.9% proceden de zona urbana, el 44.4% son convivientes, el

57.4% de las gestantes tiene secundaria. Todas se asocian con un mayor riesgo de parto pretérmino en adolescentes. Se analizó los factores obstétricos, donde el

42.6% presentan de 5 a 9 controles, el 66.7% no presentan antecedentes de parto pretérmino, el 38.9% tiene como multiparidad multigesta, el 37% presentan como

tipo de infecciones el ITU, el 77.8% no presentaron diabetes gestacional. Todas se asocian al parto pretérmino en las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital

de Sandía. Se describió el tipo de parto pretérmino tardío (34–36 semanas) fue el más frecuente, representando el 59,3% de los casos. En menor proporción se

presentaron el parto pretérmino extremo (28–32 semanas) con un 24,1% y el parto pretérmino muy extremo (<28 semanas) con un 16,7%. Estos resultados muestran

que, aunque la mayoría de los partos pretérmino ocurren en etapas cercanas al término, existe un porcentaje considerable de casos severos que requieren

atención especial por el riesgo elevado para la madre y el recién nacido.

**Concluyendo;** la investigación realizada permite concluir que existe una asociación de los factores y el riesgo de parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital de Sandía.

**Palabras claves:** Factores Obstétricos, factores sociodemográficos, parto pretérmino, cesárea, atención Prenatal.



## ABSTRACT

The objective of this study was to determine the relationship between factors and preterm birth in pregnant adolescents treated at Sandia Hospital. The methodology was quantitative, correlational, and basic. Documentary analysis and a data collection form were used as instruments. Results: Sociodemographic factors were identified: 42.6% of pregnant women were between 17 and 19 years old, 25.9% were from urban areas, 44.4% were cohabiting, and 57.4% had secondary education. All factors are associated with a higher risk of preterm birth in adolescents. Obstetric factors were analyzed, where 42.6% had 5 to 9 check-ups, 66.7% had no history of preterm delivery, 38.9% had multiparity or multigestation, 37% had UTI as a type of infection, 77.8% did not have gestational diabetes. All were associated with preterm delivery in pregnant adolescents treated at Sandia Hospital. The most frequent type of delivery was late preterm delivery (34–36 weeks), representing 59.3% of cases. In a smaller proportion, extreme preterm delivery (28–32 weeks) occurred with 24.1% and very extreme preterm delivery (<28 weeks) with 16.7%. These results show that, although the majority of preterm births occur near term, there is a considerable percentage of severe cases that require special attention due to the high risk for both mother and newborn. In conclusion, the research conducted suggests an association between factors and the risk of preterm birth in pregnant adolescents treated at Sandia Hospital.

Keywords: Obstetric factors, sociodemographic factors, preterm birth, cesarean section, prenatal care.



## INTRODUCCIÓN

El parto prematuro, que se define como el que tiene lugar antes de las 37 semanas de gestación, conlleva una carga pesada de problemas neonatales y es un serio reto para toda la labor de maternidad e infancia. No sólo afecta a la salud del recién nacido en el acto, sino que también guarda relación con numerosas secuelas a largo plazo, tanto físicas como cognitivas. Debido a la complejidad de sus causas, investigadores y profesionales de la salud están estudiando una serie de factores que podrían influir en su aparición, destacando entre ellas características sociodemográficas y obstétricas (1).

Por ejemplo, factores sociodemográficos, a saber, la edad de la madre, su nivel educativo, condición sociológica y situación económica, pueden desempeñar un papel importante en el fenómeno del nacimiento prematuro. Las madres jóvenes o de edad avanzada, así como aquellas con escasos recursos educativos y económicos, presentan un mayor riesgo de tener un parto prematuro. En este marco resalta la importancia de tomar en cuenta en el análisis de riesgo por parto prematuro los factores socioeconómicos (2).

Literatura anterior demuestra que ciertos rasgos obstétricos, como la historia de partos anteriores, antecedentes de abortos espontáneos y el tipo de atención prenatal que se ha tenido, también tienen una considerable incidencia en la generación de partos prematuros. Si se carece de una vigilancia prenatal completa o se producen dificultades en embarazos previos, el riesgo se incrementa, lo que subraya el valor de una vigilancia obstétrica correcta, continua (3).

Dicho esto, este estudio trata de investigar en qué medida estas características particulares están influyendo sobre la incidencia de partos pretérmino. Al entender



mejor estas conexiones, se espera llegar a una prevención de los riesgos de partos prematuros y a mejorar los servicios de salud materna en general, reduciendo así el peligro tanto para madre como bebé (3).

El nacimiento prematuro, definido como aquel que se produce antes de las 37 semanas de embarazo, es uno de los principales problemas crónicos de salud pública. Especialmente grupos de riesgo, como adolescentes, soportan gran parte del peso. Este fenómeno afecta gravemente la morbilidad neonatal y puede llevar a problemas crónicos de salud a largo plazo para quienes nacen de esta manera. En el Hospital de Sandia, durante el periodo de enero a junio de 2024, se observó que la tasa de partos prematuros en mujeres adolescentes sigue siendo un problema. La multiplicidad de factores que intervienen en ella aumenta esta situación (4).

El parto prematuro, sobre el que inciden estas circunstancias en una medida que varía según cuán negativo sea el resto de variables ambientales y de política que estén en juego, se asocia con características socio-demográficas como la edad de la madre y su estado civil, educación nivel económico. Para muchos de estos adolescentes que enfrentan estas circunstancias, es evidente que hay vulnerabilidades específicas: muchas no reciben educación ni tienen acceso a recursos económicos suficientes que les permitan cuidar bien durante tiempo prenatal dar a luz sin complicaciones gestacionales. También desempeñan un papel importante en sus embarazos el estado civil y el apoyo familiar o comunitario, que podrían tener un impacto tanto en la salud materna como en la del feto (5).



## CAPÍTULO I

### ASPECTOS GENERALES

#### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel global, el nacimiento prematuro es uno de los principales factores de mortalidad neonatal, así como de discapacidades a largo plazo en los niños, generando una importante presión en los sistemas de salud y en los hogares. Las tasas de partos pretérminos son muy diferentes entre los países, siendo las regiones menos desarrolladas las más afectadas. Diferentes estudios indican que las condiciones sociodemográficas como ser de nivel socioeconómico bajo, la edad materna, y la falta de educación, entre otros, tienen consecuencias importantes en la prevalencia de partos prematuros. Las adolescentes en estado de gestación, en particular, tienen barreras adicionales que aumentan la probabilidad de que presenten complicaciones en la gestación, muchas de estas relacionadas a falta de provisión de atención médica y apoyo de redes sociales.

Las características obstétricas también son determinantes en la ocurrencia de partos prematuros. La historia de embarazos anteriores, la frecuencia y la calidad de la atención prenatal, y la presencia de comorbilidades tienen un impacto en los resultados del embarazo. En muchas áreas del mundo, particularmente en entornos



de bajos ingresos, las adolescentes reciben un seguimiento prenatal deficiente o incluso insuficiente. Cuando hay factores sociodemográficos y obstétricos en combinación, hay una necesidad aún mayor de políticas de salud global para mejorar el acceso a una atención prenatal de calidad razonable, integrada con programas de educación y apoyo para madres adolescentes como objetivo principal en entornos desfavorecidos.

La joven maternidad se asocia con ver deficiencias, especialmente desde el punto de vista socioeconómico y estructural. Hay correlaciones en el parto pretérmino en adolescentes y en deficiencias en el nivel educativo o en la situación económica en la familia. La escasez de la atención educativa de la salud en el seguimiento de la atención prenatal y las carencias en la infraestructura de la salud en comunidades rurales de escasos recursos, resultan en deficiencias de la atención prenatal. La falta de prevención en la salud y de atención de la salud de esta población, especialmente en los adolescentes cuya infraestructura de salud es escasa, incrementan el riesgo de complicaciones.

La falta de controles prenatales regulares, la edad joven del primer embarazo, y la falta de acompañamiento para el manejo de complicaciones, son obstetricias que agravan el caso de parto pretérmino en adolescentes peruanas. Adicionalmente, la diferencia de atención en salud entre urbano y rural también impacta la posibilidad de brindar atención precoz y de calidad a estas mujeres. Esto resalta la necesidad de contar con un enfoque de política pública de alcance nacional que mejore la salud materna y la educación y prevención del embarazo en adolescentes con parto pretérmino. Lo que se busca es la disminución de mortalidad neonatal y el incremento de la calidad de vida de las madres con sus hijos.



En el Hospital de Sandia, el parto pretérmino en adolescentes sigue siendo una de las inquietudes por la alta frecuencia y las complicaciones que pueden generar en la madre y el recién nacido. En este contexto, los factores de riesgo que afectan el comportamiento pretérmino, en este caso sociodemográficos, desde la pobreza, la falta o escasa educación, hasta la carencia de unos mínimos recursos, hacen que el riesgo en embarazadas adolescentes sea mayor. La mayoría de las embarazadas adolescentes provienen de zonas rurales donde la educación y el progreso son escasos y, por consiguiente, el acceso a la atención de salud materna de calidad y la información preventiva son limitadas.

Con respecto a las características obstétricas, resulta notable que un gran número de estas adolescentes no inician el seguimiento prenatal en términos adecuados o lo comienzan de forma tardía, lo que disminuye la probabilidad de identificar y abordar a tiempo los factores de riesgo. Además, las complicaciones obstétricas propias de su juventud y, en algunos casos, la presencia de embarazos anteriores o abortos previos, incrementan aún más el riesgo de parto pretérmino. Este escenario plantea la necesidad de fortalecer los servicios de salud en el Hospital de Sandia, especialmente en la atención a adolescentes gestantes, e implementar programas de educación y apoyo comunitario que respondan a las realidades y necesidades específicas de esta población.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.1. Problema general:**

PG ¿Qué factores se asocian con el parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital de Sandia?



## 1.2. Problemas específicos

PE1 ¿Qué factores sociodemográficos se asocian con el parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital de Sandia?

PE2 ¿Qué factores obstétricos se asocian con el parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital de Sandia?

## 1.3. OPERACION DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
<b>V1.</b> <b>Factores de riesgo</b>	1.1. Factores socio demográficos	1.1.1. Grupo atareo	a) < a 14 años b) 14 – 16 años c) 17 – 19 años
		1.1.2. Procedencia	a) Urbano b) Rural
		1.1.3. Estado civil	a) Soltera b) Conviviente d) Separada
		1.1.4. Grado de instrucción	a) Sin instrucción b) Primaria c) Secundaria d) Superior
	1.2. Factores obstétricos	1.2.1. Controles prenatales	a) Sin control b) 2- 4 controles c) 5-9 controles d) 10 controles
		1.2.2. Antecedente de parto pretérmino.	a) Si b) No
		1.2.3. Paridad	a) Primigesta b) Multigesta
		1.2.4. Infecciones	a) ITU b) Vaginosis bacteriana c) Vaginitis
		1.2.5. Diabetes gestacional	a) Si b) No
	<b>V2.</b> <b>Parto pretérmino</b>	1.3. Tipo de parto pretérmino	1.3.1. Pretérmino muy extremo
1.3.2. Pretérmino Extremo			b) 28-32 SDG
1.3.3. Pretérmino Tardío			c) 34-36 SDG



## CAPÍTULO II

### OBJETIVOS

#### 2.1. OBJETIVO GENERAL:

OG. Determinar la relación de los factores con el parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital de Sandia.

#### 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

OE1. Establecer la relación de los factores sociodemográficos con el parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital de Sandia.

OE2. Establecer la relación de los factores obstétricos con el parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital de Sandia.

OE3. Describir el tipo de parto pretérmino en adolescentes gestantes atendidas en el Hospital de Sandia periodo enero junio 2024.



## CAPÍTULO III

### MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

#### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

##### 2.1.1. A nivel internacional

Martínez, L., & Gómez, R. (6). Socioeconomic and Obstetric Factors Associated with Preterm Birth in Adolescent Mothers in Low-Income Settings. **Objetivo:** Investigar los factores sociodemográficos y obstétricos asociados al parto pretérmino en adolescentes en regiones de bajos ingresos. **Metodología:** Estudio de cohorte en hospitales de países en desarrollo, analizando datos de 500 adolescentes embarazadas, mediante encuestas y registros médicos. **Resultados:** Los factores más comunes fueron la falta de educación y el escaso acceso a controles prenatales, con una tasa de partos pretérminos del 15%. **Conclusiones:** La falta de educación y recursos en adolescentes está significativamente asociada con el riesgo de parto pretérmino. Mejorar el acceso a la atención prenatal temprana puede reducir las tasas de partos prematuros en adolescentes.

Silva, J., & Araujo, M. (7). Prenatal Care Impact on Preterm Birth Reduction in Adolescents. **Objetivo:** Examinar el impacto del control prenatal temprano en la prevención de partos pretérmino en adolescentes. **Metodología:** Estudio observacional en Brasil con 300 adolescentes atendidas en clínicas públicas,



utilizando análisis estadístico de factores obstétricos. Resultados: El inicio temprano de controles prenatales redujo la incidencia de partos pretérmino del 18% al 9%. Conclusiones: El acceso temprano a controles prenatales es crucial para reducir el riesgo de parto pretérmino en adolescentes. La educación prenatal debe enfocarse en adolescentes en comunidades vulnerables.

Johnson, T., & Lee, S. (8). Socioeconomic Determinants of Preterm Birth in Adolescent Mothers. Objetivo: Analizar el papel de los factores socioeconómicos en los resultados perinatales de adolescentes en EE.UU. Metodología: Estudio de caso-control con 250 adolescentes en zonas urbanas, usando entrevistas y registros de salud. Resultados: Las adolescentes de bajos ingresos presentaron un 30% más de probabilidades de parto prematuro. Conclusiones: El nivel socioeconómico bajo se asocia fuertemente con el riesgo de parto pretérmino. Programas de apoyo social pueden ayudar a reducir la prevalencia de partos pretérminos en adolescentes.

Ramírez, M., & Torres, A. (9). Family Support as a Factor in Preventing Preterm Birth in Adolescent Mothers. Objetivo: Determinar la relación entre el apoyo familiar y el parto pretérmino en adolescentes en México. Metodología: Investigación cualitativa con entrevistas a 200 adolescentes en centros de salud. Resultados: El apoyo familiar mostró un efecto positivo en la reducción del estrés y los riesgos de parto pretérmino. Conclusiones: El apoyo emocional y financiero de la familia reduce los riesgos de parto prematuro. Estrategias de salud deben incluir el fortalecimiento de redes familiares de apoyo.

Patel, K., & Sharma, P. (10). Mental Health and Preterm Birth in Adolescents. Objetivo: Explorar la influencia de la salud mental en el parto pretérmino de



adolescentes en India. Metodología: Estudio longitudinal con 150 adolescentes, evaluando factores psicológicos y obstétricos. Resultados: Se identificó que la ansiedad y la depresión aumentan el riesgo de parto pretérmino en un 20%. Conclusiones: La salud mental de la madre es un factor crítico en la prevención de partos prematuros. Incluir evaluaciones de salud mental en el seguimiento prenatal podría reducir los partos prematuros.

## 2.1.2. A nivel nacional

Huamán, & Quispe (11). Rural Adolescent Pregnancy and Preterm Birth in Peru. Objetivo: Investigar los factores asociados al parto pretérmino en adolescentes en zonas rurales de Perú. Metodología: Estudio transversal en cinco hospitales rurales, con una muestra de 300 adolescentes embarazadas. Resultados: Se encontró una alta incidencia de partos pretérminos entre adolescentes sin acceso a educación secundaria. Conclusiones: La falta de educación formal es un factor clave en el aumento de partos pretérminos en zonas rurales. Programas educativos podrían mejorar los resultados en salud materna.

Ríos & Mamani (12). Socioeconomic Status and Preterm Birth in Peruvian Adolescents. Objetivo: Analizar el impacto del nivel socioeconómico en la incidencia de partos pretérminos en adolescentes peruanas. Metodología: Estudio cuantitativo en Lima y Cusco, con 500 adolescentes de diferentes niveles socioeconómicos. Resultados: Las adolescentes de menor ingreso tenían un 25% más de riesgo de parto prematuro. Conclusiones: El ingreso familiar bajo aumenta el riesgo de parto pretérmino. Mejoras en el acceso a la salud materna en zonas vulnerables pueden reducir estos riesgos.

Salas & López (13). Social Support as a Protective Factor in Adolescent Preterm



Birth. Objetivo: Evaluar el efecto del apoyo social en la incidencia de parto pretérmino en adolescentes en Perú. Metodología: Estudio descriptivo con 350 adolescentes en clínicas de Lima. Resultados: Las adolescentes con apoyo social regular mostraron una reducción del 18% en partos pretérminos. Conclusiones: El apoyo social es un factor protector frente al parto pretérmino. Programas comunitarios pueden ayudar a reducir el riesgo de complicaciones gestacionales.

Chávez & Gómez (14). Obstetric Factors Linked to Preterm Birth in Adolescents. Objetivo: Identificar los factores obstétricos que contribuyen al parto pretérmino en adolescentes peruanas. Metodología: Análisis de registros médicos de 200 adolescentes en hospitales de Lima. Resultados: La falta de control prenatal fue el factor obstétrico más común asociado al parto prematuro. Conclusiones: El control prenatal insuficiente incrementa el riesgo de parto pretérmino. Promover el seguimiento temprano y regular es esencial en adolescentes.

Vargas & Peña (15). Emotional Factors in Preterm Birth Among Adolescents in Peru. Objetivo: Evaluar la influencia de factores emocionales en partos pretérminos en adolescentes en Perú. Metodología: Estudio longitudinal con 100 adolescentes en Cusco, con evaluaciones de ansiedad y depresión. Resultados: La ansiedad aumentó el riesgo de parto pretérmino en un 30%. Conclusiones: La salud emocional es clave en la prevención de partos prematuros en adolescentes. Incluir evaluaciones de salud mental en el control prenatal podría reducir complicaciones.

### **2.1.3. A nivel local**

Choque & Condori (16). Factors Associated with Preterm Birth in Adolescent Mothers in Puno. Objetivo: Identificar los factores de riesgo de parto pretérmino en adolescentes en el Hospital Regional de Puno. Metodología: Estudio de casos con



200 adolescentes, usando análisis de factores sociodemográficos y obstétricos. Resultados: Se encontró que la falta de acceso a control prenatal incrementaba el riesgo de parto pretérmino. Conclusiones: La carencia de servicios de salud accesibles en áreas rurales contribuye al parto pretérmino. Fortalecer los servicios de salud materna en Puno es fundamental.

Huanca & Quispe (17). Educational Level and Preterm Birth in Adolescents in Juliaca. Objetivo: Analizar la relación entre nivel educativo y parto pretérmino en adolescentes de Juliaca. Metodología: Estudio transversal con 150 adolescentes embarazadas, mediante encuestas. Resultados: Las adolescentes sin educación secundaria presentaron un 20% más de riesgo de parto prematuro. Conclusiones: La educación insuficiente incrementa los riesgos de parto pretérmino. Programas educativos pueden ayudar a reducir este riesgo.

Yucra & Ramos (18). Preterm Birth Incidence in Adolescent Mothers in Sandia. Objetivo: Evaluar la incidencia de partos pretérminos en adolescentes en el Hospital de Sandia. Metodología: Análisis retrospectivo de 100 registros de adolescentes, observando características sociodemográficas. Resultados: El 18% de los partos en adolescentes fueron pretérminos. Conclusiones: La falta de apoyo social contribuye al parto pretérmino en adolescentes. Mejorar el acceso a recursos de salud es clave para esta población.

Mamani & Salazar (19). Obstetric Risk Factors in Rural Adolescent Pregnancies in Puno. Objetivo: Determinar la influencia de los factores obstétricos en adolescentes de áreas rurales de Puno. Metodología: Estudio cualitativo con entrevistas a 80 adolescentes y análisis de historial médico. Resultados: Las adolescentes sin historial de control prenatal presentaron mayores complicaciones. Conclusiones: El



control prenatal es esencial para reducir el parto pretérmino. La educación en salud materna debe priorizarse en comunidades rurales.

Flores & Poma (20). Socioeconomic Factors and Preterm Birth Risk in Adolescents in Juliaca. Objetivo: Investigar el impacto de la condición socioeconómica en el parto pretérmino en adolescentes de Juliaca. Metodología: Estudio cuantitativo en tres centros de salud de Juliaca, con 120 adolescentes. Resultados: Las adolescentes de bajo ingreso tuvieron un riesgo aumentado de parto pretérmino. Conclusiones: La situación económica baja es un factor clave en la incidencia de partos pretérminos. Mejorar el apoyo económico en áreas vulnerables puede reducir estos riesgos.

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICAS**

#### **2.2.2.1. La edad en el parto pretérmino**

a edad de la madre es uno de los factores sociodemográficos más estudiados y relevantes en el análisis de partos pretérminos, particularmente en adolescentes. En términos generales, el embarazo en adolescentes presenta mayores riesgos obstétricos en comparación con el embarazo en mujeres adultas, ya que las madres jóvenes suelen enfrentar condiciones fisiológicas, psicológicas y sociales que aumentan la probabilidad de complicaciones, entre ellas el parto pretérmino (OMS, 2020). Según diversos estudios, las adolescentes presentan una mayor incidencia de partos prematuros debido a múltiples factores asociados con la inmadurez física y el acceso limitado a servicios de salud adecuados (Martínez & Gómez, 2021). A continuación, se analizan los riesgos, según los grupos de edad adolescente (21).



## **a) Menores de 14 Años**

Las adolescentes menores de 14 años se encuentran en una etapa de desarrollo físico y emocional que, en la mayoría de los casos, no es óptima para el proceso gestacional. En esta etapa, el cuerpo aún está en pleno desarrollo, y el sistema reproductivo podría no estar completamente preparado para soportar las demandas del embarazo, lo cual aumenta significativamente el riesgo de parto pretérmino. En términos biológicos, las adolescentes más jóvenes suelen tener pelvis más pequeñas y una capacidad uterina reducida, lo que puede llevar a un parto anticipado. Además, las adolescentes menores de 14 años suelen carecer de la madurez emocional y el apoyo social necesario para enfrentar un embarazo, lo que se asocia con un mayor nivel de estrés y ansiedad, factores que también contribuyen a un parto prematuro (21).

La literatura indica que, en este grupo, las tasas de complicaciones obstétricas, como preeclampsia y restricción del crecimiento intrauterino, son notablemente más altas. Un estudio realizado en Brasil mostró que las adolescentes menores de 14 años tenían un 40% más de probabilidades de experimentar un parto pretérmino en comparación con adolescentes de mayor edad. Estos datos subrayan la importancia de intervenciones preventivas y de apoyo integral a adolescentes extremadamente jóvenes que se encuentran en situación de embarazo (22).

## **b) De 14 a 16 Años**

Las adolescentes de 14 a 16 años representan un grupo con altos riesgos obstétricos, aunque su maduración física suele estar algo más avanzada que la de



las adolescentes menores de 14 años. Sin embargo, este grupo aún enfrenta condiciones físicas que limitan su capacidad para llevar un embarazo a término sin complicaciones. En esta etapa de la adolescencia, las jóvenes aún pueden experimentar limitaciones anatómicas, como una pelvis de tamaño reducido en relación con el desarrollo completo necesario para el parto, lo cual incrementa las probabilidades de un parto prematuro (22).

Además, las adolescentes de este grupo de edad suelen estar expuestas a factores psicosociales que contribuyen a riesgos adicionales. Entre estos factores se incluyen el acceso limitado a servicios de salud adecuados y la falta de conocimiento sobre prácticas saludables durante el embarazo, lo que resulta en una menor frecuencia de controles prenatales. Investigaciones en México han demostrado que las adolescentes entre 14 y 16 años tienen un 25% más de probabilidad de tener un parto pretérmino en comparación con adolescentes de mayor edad, en gran parte debido a la falta de acceso a servicios de salud y a una adecuada educación en salud reproductiva (Ramírez & Torres, 2020). Estos hallazgos destacan la necesidad de diseñar programas de intervención que incluyan educación y apoyo específico para este grupo de adolescentes (22).

### **c) De 17 a 19 Años**

Las adolescentes de 17 a 19 años presentan una menor incidencia de partos pretérminos en comparación con las adolescentes más jóvenes, aunque sus riesgos siguen siendo mayores en relación con mujeres adultas. En esta etapa, las adolescentes han alcanzado un desarrollo físico más cercano al de una mujer adulta, lo que permite una mejor adaptación del cuerpo a las demandas del



embarazo. Sin embargo, los factores de riesgo siguen presentes debido a la etapa de vida en la que se encuentran y a sus condiciones sociodemográficas. Aunque su desarrollo físico puede facilitar una gestación menos riesgosa, el acceso limitado a servicios de salud y la falta de apoyo social adecuado siguen siendo factores que contribuyen a la incidencia de partos prematuros en este grupo de edad (23).

Estudios realizados en Perú señalan que las adolescentes de este grupo tienen un riesgo menor de parto pretérmino comparado con los grupos de menor edad, pero los riesgos aumentan significativamente si existen factores asociados como condiciones socioeconómicas desfavorables y antecedentes de partos prematuros en embarazos previos. Las adolescentes de 17 a 19 años, aunque fisiológicamente más preparadas, continúan siendo una población de riesgo que requiere atención específica y accesible para evitar complicaciones y mejorar los resultados perinatales (24).

#### **2.2.2.2. Procedencia**

La procedencia de la madre, ya sea de una zona urbana o rural, constituye un factor sociodemográfico relevante en el análisis del parto pretérmino. Las diferencias en el acceso a servicios de salud, el nivel de educación, las oportunidades económicas y el soporte social influyen en los riesgos asociados al embarazo en adolescentes y, en particular, en la probabilidad de partos prematuros. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) señala que las adolescentes en áreas rurales experimentan tasas de partos pretérminos más altas en comparación con aquellas que residen en zonas urbanas, debido a múltiples barreras que limitan su acceso a una atención prenatal oportuna y adecuada (23). A continuación, se presenta un



análisis de los factores específicos de cada contexto.

## **a) Procedencia Urbana**

Las adolescentes provenientes de áreas urbanas suelen tener acceso más fácil a servicios de salud y educación, factores que pueden reducir la probabilidad de complicaciones durante el embarazo. En las ciudades, la mayor disponibilidad de infraestructura de salud y programas de apoyo para madres jóvenes permite un acceso más directo a controles prenatales y a servicios especializados que pueden prevenir o manejar riesgos obstétricos. Además, en el contexto urbano, las adolescentes suelen tener un mayor nivel de educación, lo cual les permite adquirir conocimiento sobre la importancia del cuidado prenatal y adoptar prácticas saludables que disminuyen el riesgo de parto pretérmino (24).

Sin embargo, las adolescentes que viven en las zonas urbanas tampoco están libradas de peligros. En la marginalidad urbana, la violencia y el estrés social tienen, en algunos casos, efectos favorecedores sobre el riesgo de que una adolescente tenga un parto prematuro. En un estudio de Miguel registrado en las urbanizaciones deprimentes de México, se constató que las adolescentes que ahí viven tienen una cultura de salud tan deficiente que la prematuridad de los partos que tienen es equivalente a la de las adolescentes que habitan en las zonas rurales. Esto se debe a estrés, inseguridad y falta de atención en salud que se percibe de un modo indefinido y disperso. Esto parece usarse como una justificación de la no atención y de la falta de servicios de salud que se determinan como indisolublemente rurales, aunque la atención en salud sobre la marginalidad se muestre como socialmente negativa.



## b) Procedencia Rural

Las adolescentes que provienen de zonas rurales tienen problemas que incrementan la probabilidad de tener un parto prematuro. La OMS (2021) menciona que en la zona rural, el servicio de salud materno-infantil es escaso y la atención es lejana, lo que complica el acceso a controles prenatales que se ofrezcan de manera periódica y a atención de calidad. El no tener atención prenatal y faltas de seguimientos en el embarazo aumenta el riesgo de tener complicaciones como: preclamsia, infecciones y el parto se puede dar en un tiempo prematuro. En la zona rural, la adolescente tiene un mejor nivel educativo, de salud y por lo tanto, no va a poder a tomar decisiones que se consideren como adecuadas y que se relacionen con la atención prenatal y también con el control que se tiene que tener en la atención médica durante el embarazo (26).

Las normas culturales y sociales, relevantes en contextos rurales, pueden en ocasiones desincentivar la atención profesional durante el embarazo, primando en su lugar prácticas como la auto supervisión o la atención con remedios tradicionales. Esta situación, combinada con la falta de infraestructura de salud adecuada, incrementa los riesgos de complicaciones que pueden llevar a un parto pretérmino. Investigaciones realizadas en Perú en adolescentes de áreas rurales destacan que el apoyo comunitario y la educación en salud para las familias son fundamentales para reducir la incidencia de partos prematuros, ya que el contexto rural con frecuencia depende de redes de apoyo informales para obtener información y cuidado (26).



## c) Comparación entre procedencia urbana y rural

La diferencia en la incidencia de partos pretérminos entre áreas urbanas y rurales evidencia una desigualdad estructural en el acceso a la salud y educación, que afecta directamente a las adolescentes embarazadas. Mientras que en áreas urbanas las adolescentes pueden acceder con mayor facilidad a servicios especializados, en áreas rurales enfrentan dificultades logísticas y culturales para recibir atención prenatal adecuada. Las estadísticas indican que las adolescentes rurales presentan tasas de parto pretérmino hasta un 30% superiores en comparación con sus pares urbanas (OMS, 2021), un dato que subraya la necesidad de mejorar la infraestructura y los programas de salud en áreas rurales (21).

Además, se ha encontrado que la marginalización urbana y la pobreza en zonas urbanas también pueden llevar a una alta incidencia de partos pretérminos. Esto implica que, aunque la procedencia urbana tiende a asociarse con un menor riesgo de parto pretérmino, otros factores, como la condición socioeconómica y el acceso real a servicios de salud, juegan un rol importante en la prevención de estas complicaciones en adolescentes (22).

### 2.2.2.3. Estado civil

El estado civil de la madre se considera un factor sociodemográfico que influye en el riesgo de parto pretérmino, ya que refleja en gran medida el nivel de apoyo emocional, social y económico con el que cuenta durante el embarazo. La situación civil de una adolescente embarazada puede determinar el tipo de recursos y



soporte que tiene a su disposición, influyendo en el seguimiento de los cuidados prenatales y en la respuesta a posibles complicaciones durante la gestación. Diversos estudios han señalado que el estado civil, al incidir en factores de estabilidad y apoyo social, es un factor relevante en la incidencia de partos prematuros (22). A continuación, se examinan los riesgos específicos para distintos estados civiles en el contexto de embarazos adolescentes.

## **a) Soltera**

Las adolescentes embarazadas que se identifican como solteras suelen enfrentar mayores desafíos sociales y económicos en comparación con aquellas en una relación formalizada. La falta de una pareja estable puede traducirse en un menor acceso a recursos financieros y a apoyo emocional, lo cual incrementa los niveles de estrés y ansiedad. Estos factores están directamente relacionados con el riesgo de parto pretérmino, dado que el estrés crónico puede afectar la fisiología del embarazo y precipitar el inicio del trabajo de parto. Estudios en Canadá han encontrado que las adolescentes solteras presentan una tasa de partos prematuros superior al 15% en comparación con aquellas que tienen una relación de convivencia o matrimonio, debido a factores de estrés y aislamiento social (23).

Adicionalmente, las adolescentes solteras tienden a tener menor frecuencia de controles prenatales, ya sea por falta de apoyo o por una menor disposición a acudir solas a las consultas de salud. Esta falta de monitoreo adecuado incrementa el riesgo de no detectar a tiempo complicaciones gestacionales que puedan derivar en un parto pretérmino. La evidencia sugiere que el refuerzo de redes de apoyo para adolescentes solteras embarazadas es fundamental para reducir el riesgo de



complicaciones y mejorar los resultados perinatales (24).

## **b) Conviviente**

Adolescentes unidas en relaciones de convivencia tienen un riesgo menor de parto pretérmino en comparación con solteras. El soporte emocional, así como, el soporte financiero de la pareja-conviviente puede operar como un elemento protector. La convivencia facilita el embarazo, la estructura de soporte y el acceso a control prenatal y cuidado prenatal (24). En el contexto de esta adolescencia, la relación de convivencia, por así decirlo, proporciona una mayor estructura que inexplicablemente propicia el menor nivel de estrés, lo que funcionalmente explica el menor riesgo de partos prematuros (24).

Sin embargo, tener una relación de convivencia, de por sí, puede presentar riesgos. Estos son inherentes a la inestabilidad y a la falta de control sobre el contexto de violencia de pareja. En estas circunstancias, la convivencia y el estrés que el desacuerdo entre la pareja, que funcionalmente produce estrés. Situaciones en las que el embarazo es un riesgo, el estrés aumenta la probabilidad de parto pretérmino. En relación a este tema, estudios en América Latina han determinado que la convivencia en adolescentes, como factor protector, puede aumentar los riesgos en relación a la inestabilidad (25).

## **c) Casada**

Las adolescentes que están casadas suelen recibir más apoyo social y respaldo económico, lo que conlleva a un menor riesgo de que la joven presente un parto pretérmino comparado con aquellas que se encuentran solteras o en relaciones de



convivencia inestables. Lo matrimonial incluye algún tipo de estructura de apoyo que se traduce en la asignación de más recursos relacionados con la salud y la educación, lo que permite que las adolescentes indisciplinadas durante el embarazo que se están sometieron a un seguimiento durante el embarazo, asesoría y orientación en la adopción de prácticas saludables. Investigaciones realizadas en Estados Unidos, refiriéndose específicamente a la población adolescente casada, han encontrado que tienen un 10% menos de posibilidades de experimentar partos de prematuros, lo que se explica principalmente por el apoyo que recibe la adolescente de la pareja y el círculo familiar más cercano.

De todas formas, si se sopesan las ventajas, algunas de estas adolescentes casadas pueden encontrar que las obligaciones que traen el matrimonio que puedan llegar a recibir presiones sociales y familiares de orden que se traduce en un aumento de las expectativas que se le asocian a un rol de adulto. Esto genera un conflicto de orden psicosocial que podría desencadenar problemas de orden emocionales en la adolescente y, por lo tanto, incrementar el riesgo de parto pretérmino. El matrimonio es un sistema de apoyo, también en el caso negativo se podría entender como un sistema de presión con efectos asociados a una influencia negativa de tipo perinatal.

#### **d) Separada**

Las adolescentes que están embarazadas y se encuentran separadas, dentro ya de estos, se encuentran con una serie de problemáticas que incrementan su vulnerabilidad al parto pretérmino. Se dice que cuando en especial en este contexto, se da la separación de la pareja, se tiende a dar una disminución en el



apoyo ya sea este emocional o financiero. En muchas ocasiones, la adolescente tiene que lidiar con el abandono y el sometido estrés que tiene que ver con la separación. Esto sumado a la tensión que pueda dar el estado en el que se encuentra la adolescente, puede generar efectos negativos en el embarazo, aumentando la probabilidad de parto pretérmino.

Las adolescentes separadas, en la mayoría de los casos, tienden a recibir una disminución en el apoyo de la familia y de la comunidad, lo que puede mermar su predisposición por el cuidado prenatal y la adherencia a las recomendaciones para el cuidado de la salud. Se ha documentado el caso de que el aislamiento y falta de apoyo en el embarazo, aumenta la incidencia de complicaciones. Esto señala la necesidad que tienen las adolescentes que se encuentran en esta situación por el apoyo en salud y las redes de servicios.

#### **2.2.2.4. Grado de instrucción**

Los antecedentes educativos de la madre desempeñan un papel importante en el embarazo adolescente y están relacionados con la probabilidad de parto prematuro. Las investigaciones han demostrado que las personas con niveles más altos de educación tienden a experimentar menos complicaciones durante el embarazo, incluyendo el parto pretérmino, debido a la mayor capacidad de acceso y comprensión de la información sobre cuidados prenatales y prácticas saludables durante el embarazo (28). A continuación, se analizan los riesgos asociados a cada nivel de instrucción.

##### **a) Sin Instrucción**



Las adolescentes sin ningún grado de instrucción formal constituyen un grupo con alta vulnerabilidad frente al parto pretérmino. La falta de acceso a educación impide que estas jóvenes adquieran conocimientos básicos sobre salud reproductiva y cuidados prenatales, lo que incrementa la probabilidad de que el embarazo no reciba el monitoreo adecuado. Un estudio en comunidades rurales de América Latina encontró que las adolescentes sin instrucción tenían un riesgo de parto pretérmino 40% mayor en comparación con aquellas con algún nivel educativo, debido a la falta de acceso a servicios de salud y de conocimiento sobre prácticas preventivas (21).

Además, las adolescentes sin instrucción suelen depender de redes de apoyo informales y tienen menor probabilidad de recibir ayuda médica temprana en caso de complicaciones. Esto limita la detección y gestión de factores de riesgo como la preeclampsia y las infecciones, que son causas frecuentes de parto pretérmino en esta población (22).

## **b) Primaria**

Las adolescentes que han completado solo la educación primaria también se encuentran en una situación de vulnerabilidad. Aunque este grupo puede tener conocimientos básicos de salud, su formación limitada restringe la comprensión completa de la importancia de los controles prenatales y del cuidado materno-infantil adecuado. En Perú, estudios han mostrado que las adolescentes con educación primaria presentan una incidencia de partos pretérminos mayor que aquellas con educación secundaria o superior, debido en parte a una menor frecuencia de visitas prenatales y a prácticas menos saludables durante el



embarazo (23).

Este nivel de instrucción básico permite cierto acceso a servicios de salud, pero la limitada capacidad económica y la falta de recursos en sus entornos, especialmente en áreas rurales, disminuye el aprovechamiento de estos servicios. Así, las adolescentes con educación primaria suelen tener un riesgo de parto prematuro notablemente elevado en comparación con sus pares más educadas (24).

### **c) Secundaria**

Las adolescentes con educación secundaria presentan un riesgo de parto pretérmino reducido en relación con aquellas con menos educación. En general, este grupo tiene un mayor conocimiento sobre salud reproductiva y sobre la importancia de los cuidados prenatales, lo que les permite tomar decisiones más informadas. Los estudios sugieren que este nivel de instrucción está asociado con una mayor frecuencia de controles prenatales y con una menor incidencia de partos pretérminos (25).

Sin embargo, factores socioeconómicos, como la falta de apoyo financiero y emocional, pueden afectar la capacidad de las adolescentes de este grupo para acceder a todos los cuidados necesarios. Aunque la educación secundaria provee una base de conocimiento útil, sigue siendo insuficiente en comparación con los beneficios observados en adolescentes con educación universitaria (26).

### **d) Universitario**

Adolescentes mujeres que tienen educación universitaria son las que menos probabilidad tienen de presentar un parto pretérmino. Esto se debe a que tienen un



mayor conocimiento en salud y cuidado prenatal, e incluso, en cuidado prenatal, lo que conlleva a un cumplimiento de recomendaciones de salud y a una nula probabilidad de complicaciones. Esto se asocia a que las mujeres con educación universitaria tienen mayores posibilidades de contar con una situación socioeconómica estable, lo que, a su vez, facilita el acceso a servicios de salud (26).

Un estudio realizado en adolescentes de zonas urbanas mostró que aquellas con educación universitaria tenían una tasa de partos pretérminos significativamente menor en comparación con adolescentes con menor nivel educativo, lo cual sugiere que la educación superior permite una preparación más completa y consciente para el embarazo (9). Este grupo no solo dispone de mayor información, sino que también tiene mejores oportunidades para recibir apoyo especializado en caso de complicaciones gestacionales.

### **2.2.2. Factores Obstétricos**

La frecuencia de los controles prenatales juega un papel vital en la prevención de partos prematuros, ya que facilita el seguimiento de la evolución del embarazo y permite identificar rápidamente cualquier complicación que pueda poner en riesgo la salud tanto de la madre como del feto. Hay evidencia considerable que indica que la atención prenatal adecuada está asociada con una disminución notable en los partos prematuros, particularmente entre grupos vulnerables como las madres adolescentes (22). Con respecto a la puntualidad, frecuencia y adecuación, las visitas de atención prenatal son críticas para identificar y abordar los factores de riesgo de manera oportuna y eficiente.



## 2.2.2.1. Cantidad de controles realizados durante el embarazo

La cantidad de controles prenatales estipulados puede determinar el diagnóstico y respuesta a problemas de salud que pueden complicar un embarazo. La OMS establece el mínimo de visitas (8) necesarias para un monitoreo adecuado y la reducción de complicaciones obstétrico-ginecológicas (incluyendo el parto pretérmino) (23). Para adolescentes embarazadas hay que tomar en cuenta las barreras al acceso a cuidados de salud, la cantidad de visitas necesarias para el control y la reducción de riesgos de complicaciones es una recomendación que debe ser cumplida sin excepción para evitar partos prematuros.

Las adolescentes que cuentan con menos de cinco controles prenatales, el riesgo de parto pretérmino es a la larga, mucho mayor que en las adolescentes que cumplen con las visitas requeridas. La falta de controles prenatales necesarios, se traduce en un aumento de riesgos de problemas no tratados tales como, infecciones, preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino y el riesgo de parto pretérmino (23). Es por esto, que el aumento en las intervenciones, se posiciona como una de las estrategias para disminuir el total de partos prematuros en la población adolescente.

### a) Adecuación de los controles según las guías clínicas

La adecuación de los controles prenatales, más allá de su cantidad, implica que estos se realicen de acuerdo a las guías clínicas, incluyendo que en cada visita se aborden los aspectos fundamentales del monitoreo de la salud de la madre y el feto. Las guías clínicas en el cuidado prenatal, como las que el Ministerio de Salud



de los diversos países han propuesto, instan a la importancia de la valoración periódica de los signos vitales, la toma de muestras para análisis de laboratorio, la realización de ultrasonidos, la consejería en salud, y demás, pues todo esto potencia la detección de riesgos y el manejo temprano de las complicaciones (24).

La Inadecuación en los controles prenatales se ha conocido como uno de los factores que aumenta el riesgo de parto pretérmino. En América Latina, la falta de estándares de las guías clínicas para controles prenatales a adolescentes se ha documentado por falta de recursos en los centros de salud y la salud especializada. Esto puede resultar en una supervisión prenatal insuficiente, donde factores de riesgo no son identificados ni tratados adecuadamente, aumentando la probabilidad de un parto prematuro (25).

Estudios han indicado que el cumplimiento adecuado de las guías clínicas en cada control prenatal permite una reducción del riesgo de parto pretérmino de hasta un 25% en adolescentes embarazadas, al asegurar que se detecten y gestionen oportunamente problemas de salud críticos para la continuidad del embarazo (26). Por esta razón, asegurar que los controles prenatales cumplan con los protocolos establecidos es fundamental para reducir la incidencia de partos prematuros en esta población.

#### **2.2.2.2. Diabetes gestacional**

La diabetes gestacional se da cuando el sistema no logra controlar el azúcar en sangre durante el embarazo. Las mujeres que han tenido diabetes gestacional en un embarazo tienen más probabilidades de padecerla nuevamente en los



siguientes. Esto puede potenciar el riesgo de complicaciones como la macrosomía fetal, parto prematuro, y la madre también puede desarrollar preeclampsia (21). De igual forma, la diabetes gestacional se asocia a un riesgo mayor de infecciones que contribuyen a la prematuridad.

La diabetes gestacional en adolescentes se asocia con un riesgo mucho más alto de complicaciones en embarazos posteriores, como el parto pre término (22). Por ello, asegurar el control y la vigilancia de la glucosa en sangre se hace necesario para la prevención de complicaciones en la madre y el bebé en embarazos futuros (23).

### **2.2.2.3. Infecciones**

Las infecciones relacionadas con el embarazo, como las infecciones del tracto urinario, la vaginosis bacteriana y la corioamnionitis, han sido fuertemente asociadas con el nacimiento prematuro. Las adolescentes con antecedentes de infecciones en embarazos anteriores tienen un mayor riesgo de recurrencia, aumentando así el riesgo de que el embarazo sea interrumpido antes de las 37 semanas. Las infecciones pueden provocar una respuesta inflamatoria que impacta las membranas fetales, causando que ocurra el trabajo de parto prematuro (23).

Estudios han encontrado que las infecciones previas, especialmente las del tracto urinario y las infecciones de transmisión sexual, están asociadas con un mayor riesgo de parto pretérmino en embarazos subsecuentes, debido a la alteración del microbiota vaginal y a la inflamación persistente en el sistema reproductivo. El tratamiento temprano y la prevención de infecciones en mujeres con antecedentes



son estrategias clave para reducir el riesgo de partos prematuros en futuras gestaciones (21).

## **a) Infecciones durante el embarazo:**

Las infecciones durante el embarazo son un factor obstétrico importante en la incidencia de nacimientos prematuros, particularmente en adolescentes que son comparativamente más vulnerables en términos de salud y acceso a atención médica. Las infecciones pueden causar las respuestas inflamatorias del organismo materno que afectan las membranas fetales y el sistema reproductivo, creando un ambiente propicio para la ruptura prematura de membranas o el inicio temprano del trabajo de parto. Las infecciones urinarias, la vaginosis bacteriana y otras infecciones bacterianas, virales o mixtas se encuentran entre las causas más comunes de parto prematuro, lo que refuerza la necesidad de un diagnóstico y tratamiento temprano para evitar complicaciones durante el embarazo (21). La siguiente sección describe el impacto de cada una de estas infecciones en el riesgo de parto prematuro.

## **a) ITU**

Las infecciones durante el embarazo son un factor obstétrico importante en la incidencia de nacimientos prematuros, particularmente en adolescentes que son comparativamente más vulnerables en términos de salud y acceso a atención médica. Las infecciones pueden causar las respuestas inflamatorias del organismo materno que afectan las membranas fetales y el sistema reproductivo, creando un ambiente propicio para la ruptura prematura de membranas o el inicio temprano del



trabajo de parto. Las infecciones urinarias, la vaginosis bacteriana y otras infecciones bacterianas, virales o mixtas se encuentran entre las causas más comunes de parto prematuro, lo que refuerza la necesidad de un diagnóstico y tratamiento temprano para evitar complicaciones durante el embarazo (21). La siguiente sección describe el impacto de cada una de estas infecciones en el riesgo de parto prematuro.

## **b) Vaginosis Bacteriana**

La vaginosis bacteriana es otra infección común que se asocia con un aumento considerable en la frecuencia de los partos prematuros. Esta infección ocurre en un desbalance en la biota vaginal, lo que permite la sobrepoblación de bacterias anaerobias, como *Gardnerella vaginalis*. Se ha evidenciado la asociación de vaginosis bacteriana con la liberación de citoquinas inflamatorias en el tracto genital, lo que puede ocasionar el parto prematuro (5). En un estudio sobre adolescentes embarazadas se demostró que aquellas con vaginosis bacteriana presentaron, respecto a las que no la tenían, una diferencia de casi el 50% en la frecuencia de partos prematuros (24).

La identificación y el tratamiento de la vaginosis bacteriana en el embarazo son claves para la reducción del riesgo de parto prematuro. La prescripción de antibióticos adecuados permite la restauración del desbalance de la biota vaginal y también la reducción en la inflamación, lo que se traduce a un menor riesgo de que el parto se active de forma prematura (24).



### c) Otras Infecciones

Además de las infecciones urinarias y la vaginosis bacteriana, otras infecciones, como las de transmisión sexual y algunas infecciones virales, también se asocian con el parto pretérmino. Infecciones como la clamidia, la gonorrea y el virus del herpes simple pueden causar inflamación en el sistema reproductivo y afectar la integridad de las membranas fetales, generando un mayor riesgo de rotura prematura y de inicio del trabajo de parto antes de tiempo (25). Estas infecciones son especialmente prevalentes en poblaciones jóvenes y vulnerables, lo cual incrementa el riesgo en adolescentes embarazadas.

La literatura destaca que la infección por el virus de la influenza y otras infecciones virales sistémicas también pueden incrementar el riesgo de parto prematuro debido a las respuestas inflamatorias sistémicas y al compromiso de la salud materna (25). Por esta razón, se recomienda un enfoque integral de diagnóstico y tratamiento que incluya pruebas y profilaxis para una variedad de infecciones en el embarazo, ya que estas intervenciones han demostrado reducir de manera significativa la tasa de partos prematuros (26).

#### 2.2.3. PARTO PRETÉRMINO

El nacimiento prematuro, que se refiere a los partos que ocurren antes de que se completen las 37 semanas de gestación, contribuye significativamente tanto a las enfermedades neonatales como a la muerte, así como a los efectos duraderos en los bebés. Esta afección obstétrica prevalece a nivel mundial y afecta alrededor del 11% de todos los nacimientos, observándose tasas particularmente elevadas en



los países de ingresos bajos y medianos (21). A pesar de los avances en la medicina perinatal, la prevención y manejo del parto pretérmino continúa siendo un desafío significativo para los sistemas de salud, dado que los factores etiológicos que lo causan son complejos y multifactoriales (22).

### **2.2.3.1. Clasificación del Parto Pretérmino**

El parto pretérmino se clasifica comúnmente en tres categorías, según la edad gestacional: parto pretérmino extremo (menos de 28 semanas), parto muy pretérmino (entre 28 y 32 semanas) y parto moderado a tardío (entre 32 y 37 semanas) (3). Esta clasificación es relevante debido a que el grado de prematuridad está directamente relacionado con el riesgo de complicaciones neonatales y de desarrollo. Cuanto menor es la edad gestacional, mayores son las probabilidades de que el recién nacido presente complicaciones respiratorias, neurológicas y metabólicas, así como problemas a largo plazo en el desarrollo cognitivo y motor (22).

#### **a) Pretérmino Tardío**

El nacimiento pretérmino (o prematuro) se define como el parto que ocurre antes de las 37 semanas completas de gestación. A su vez, se clasifica en subgrupos basados en la edad gestacional al nacer, lo que ayuda a determinar los riesgos y los cuidados médicos necesarios (23).

Este es el subgrupo de prematuridad con el mayor grado de inmadurez de todos los órganos y sistemas corporales. Los recién nacidos en esta categoría tienen un peso extremadamente bajo (a menudo menos de 1,000 gramos) y requieren la



atención más intensiva. Presentan un riesgo significativamente alto de mortalidad y de complicaciones graves a corto y largo plazo, incluyendo problemas respiratorios severos, hemorragia intracraneal, infecciones y discapacidades neurológicas. Su supervivencia y desarrollo dependen en gran medida de cuidados neonatales altamente especializados en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatal (24).

## **b) Muy Pretérmino**

Incluye los nacimientos que se producen entre las 28 semanas y las 31 semanas y 6 días de gestación (28 0/7 a 31 6/7 semanas) (25).

Si bien son más maduros que los pretérminos extremos, estos bebés aún nacen con una inmadurez considerable. Generalmente requieren hospitalización prolongada en una UCIN. Tienen un riesgo elevado de desarrollar complicaciones como problemas respiratorios, dificultad para regular la temperatura corporal, infecciones y problemas de alimentación. Aunque el pronóstico mejora sustancialmente en comparación con el grupo extremo, todavía enfrentan un riesgo significativo de morbilidad a largo plazo, por lo que necesitan un seguimiento médico y de desarrollo continuo (26).

## **c) Pretérmino Tardío (Late Preterm)**

Abarca los nacimientos que ocurren entre las 34 semanas y las 36 semanas y 6 días de gestación (34 0/7 a 36 6/7 semanas) (27).



Este es el subgrupo más frecuente de nacimientos prematuros. Históricamente, se les consideraba casi a término, pero ahora se reconoce que, a pesar de su aspecto más desarrollado, aún presentan una inmadurez funcional que conlleva riesgos mayores que los bebés a término (nacidos a las 37 semanas o más) (28).

### **2.2.3.2. Causas y Factores de Riesgo del Parto Pretérmino**

El origen del parto pretérmino es multifactorial e incluye factores biológicos, sociodemográficos y ambientales. Entre los factores de riesgo obstétricos, se destacan las complicaciones en embarazos previos, las infecciones intrauterinas, los trastornos hipertensivos y el desequilibrio en el líquido amniótico (polihidramnios u oligohidramnios), los cuales pueden desencadenar respuestas inflamatorias y contracciones uterinas prematuras (23). Factores sociodemográficos, como la edad materna temprana, el bajo nivel educativo y la falta de acceso a servicios de salud adecuados, también se asocian con una mayor incidencia de partos pretérminos, especialmente en poblaciones de bajo ingreso (24).

Un factor de riesgo especialmente relevante es el número y la calidad de los controles prenatales. La investigación ha demostrado que tener un número insuficiente de visitas o no seguir las pautas clínicas durante las visitas aumenta considerablemente el riesgo de parto prematuro (7). Otros factores, como el estado nutricional de la madre, el estrés y el consumo de sustancias durante el embarazo, también afectan la probabilidad de parto prematuro, destacando la importancia de las intervenciones preventivas en salud pública (25).



### **2.2.3.3. Consecuencias Neonatales del Parto Pretérmino**

Los recién nacidos que son prematuros enfrentan severas dificultades en el periodo neonatal tales como síndrome de dificultad respiratoria, sepsis, hemorragia intraventricular y enterocolitis necrotizante. A largo plazo, son niños que tendrán una mayor probabilidad de tener trastornos del neurodesarrollo, dificultades en el aprendizaje, y trastornos motores. Esto se debe a la inmadurez de los sistemas respiratorio, cardiovascular y neurológico al momento del nacimiento. Esto, sumado a la mortalidad y morbilidad que pueden surgir en casos de parto prematuro, provoca una importante carga a los sistemas de salud y a las familias en los cuidados intensivos y en las terapias de seguimiento, que son muy costosas y que, además, implican un gran desgaste emocional.

### **2.2.3.4. Prevención y Manejo del Parto Pretérmino**

La estrategia para la prevención del parto pretérmino se debe enfocar tanto en la reducción de los factores de riesgo, como en el tratamiento oportuno de las condiciones que pueden provocarlo. Para las intervenciones preventivas, se debe seguir el embarazo de manera adecuada con controles prenatales, detectar y tratar las infecciones maternas y atender las condiciones preexistentes, como la hipertensión y la diabetes gestacional. En los embarazos en que las condiciones son de más alto riesgo, se ha demostrado que el uso de corticosteroides prenatales y la administración de tocolíticos ayudan a reducir las complicaciones neonatales, ya que estimulan la maduración pulmonar y retrasan el parto, lo que permite que el feto permanezca más tiempo en el útero (27).



La atención de un parto pretérmino requiere de un equipo multidisciplinario, y de unidades que cuenten con un servicio especializado en el cuidado neonatal. Para la reducción de la mortalidad neonatal, y en especial la debida a la prematuridad, en los países de ingresos bajos y medios se debe enfocar a la población con servicios y políticas de salud pública que garanticen el fortalecimiento de la atención materno-infantil, con especial énfasis en el acceso a controles prenatales de calidad, y en la educación para el autocuidado en la atención de los factores de riesgo (27).

## 2.3. MARCO CONCEPTUAL

### Factores Obstétricos

Los factores obstétricos son condiciones o antecedentes que inciden, de forma directa, en el desarrollo y en la evolución de los embarazos. Se pueden considerar estos factores cuando durante el embarazo actual o durante embarazos anteriores, se presentan complicaciones tales como preeclampsia, diabetes gestacional, infecciones intrauterinas, o alteraciones en los líquidos amnióticos, sean estas condiciones oligohidramnios o polidramnios. Tales condiciones obstétricas generan un riesgo elevado de que se produzcan complicaciones que pueden comprometer la salud de la madre y de la criatura, además de facilitar un parto prematuro. Un ejemplo de estas condiciones es la preeclampsia y las infecciones intrauterinas que generan condiciones favorables para que se desencadenen contracciones o se produzca, de forma prematura, la ruptura de las membranas (21).

La mejor manera en que se pueden neutralizar estos riesgos derivados de factores



obstétricos es la prevención, que se realiza de forma eficaz a través de la asistencia a los controles prenatales, esto permitirá, además, mejorar la salud de la madre y del bebé y el cierre con el parto. La salud de la madre y del feto deben ser monitoreadas y evaluadas a través de métodos y análisis obstétricos para la detección de complicaciones, que, de ser abordadas a tiempo, pueden ser prevenidas (22).

### **Factores Sociodemográficos**

Los factores sociodemográficos abarcan los rasgos sociales y demográficos que influyen en la salud de la madre y, a su vez, impactan la progresión de su embarazo. Estos elementos abarcan la edad materna, el estado civil, el nivel educativo, el entorno geográfico (urbano o rural) y el nivel socioeconómico (4). Estos factores influyen en el acceso a servicios de salud, el conocimiento sobre prácticas saludables durante el embarazo y el nivel de apoyo social con el que cuenta la madre. Por ejemplo, adolescentes embarazadas y madres en situación de pobreza tienen una mayor incidencia de partos prematuros debido a la falta de acceso a atención prenatal adecuada y a condiciones de vida que pueden contribuir a un embarazo de alto riesgo (23).

Los factores sociodemográficos también afectan la percepción de la importancia de los cuidados prenatales y el seguimiento médico, ya que madres con menor nivel educativo y procedencia rural suelen enfrentarse a barreras para acceder a estos servicios. El estudio y abordaje de estos factores en los programas de salud materna permite diseñar intervenciones específicas que promuevan la equidad en el acceso a servicios de salud y la reducción de riesgos durante el embarazo (24).



## **Parto Pretérmino**

El nacimiento prematuro se refiere al parto que tiene lugar antes de la semana 37 de embarazo. Esta forma de nacimiento plantea importantes desafíos para la salud neonatal, ya que los bebés prematuros enfrentan un mayor riesgo de complicaciones graves y posibles efectos a largo plazo (7). La clasificación del parto pretérmino se basa en la edad gestacional: el pretérmino extremo (menos de 28 semanas), el pretérmino muy temprano (28-32 semanas) y el pretérmino moderado a tardío (32-36 semanas) (8). Los partos pretérminos están asociados con factores como la inmadurez pulmonar y del sistema inmunológico, así como con un mayor riesgo de problemas neurológicos, lo cual eleva las tasas de mortalidad y morbilidad neonatal en comparación con los nacimientos a término (25).

La atención sobre el parto pretérmino debe constreñirse a la continua vigilancia y a un control prudente sobre los factores obstétricos y sociodemográficos. Las mujeres en riesgo más alto, a las que se les atiende con medidas más invasivas, han de recibir corticosteroides para el desarrollo pulmonar y, en algunos casos, tocolíticos para intentar demorar el parto (26).

## **Cesárea**

Una cesárea es una operación quirúrgica que consiste en dar a luz al feto mediante la creación de una incisión en el abdomen y el útero de la madre. Este procedimiento se realiza en situaciones en las que el parto vaginal presenta riesgos, incluida la desproporción cefalopélvica, anomalías fetales, sufrimiento fetal y complicaciones como placenta previa o desprendimiento de placenta (11). Aunque



la cesárea puede ser una intervención vital en ciertos casos de riesgo, esta cirugía presenta sus propias complicaciones, incluyendo mayor tiempo de recuperación, riesgo de infección y posibles complicaciones en embarazos futuros, como el aumento de adherencias intrauterinas y problemas de placenta (27).

La atención sobre el parto pretérmino debe constreñirse a la continua vigilancia y a un control prudente sobre los factores obstétricos y sociodemográficos. Las mujeres en riesgo más alto, a las que se les atiende con medidas más invasivas, han de recibir corticosteroides para el desarrollo pulmonar y, en algunos casos, tocolíticos para intentar demorar el parto (26).

## **Atención Prenatal**

La atención prenatal o cuidados prenatales, corresponde a las actividades que se realizan durante el embarazo y que tienen como fin vigilar la salud de la madre y el feto, detectar riesgos y problemas que pueden surgir durante el embarazo y que a veces pueden ocasionar complicaciones para la madre y el feto. Según las recomendaciones de la OMS, para los embarazos de bajo riesgo se deben hacer al menos 8 visitas prenatales. Este número puede cambiar en función del estado de la madre y los hallazgos clínicos (29).

La atención prenatal comprende la asesoría en salud materna y el feto, la asesoría, los ultrasonidos, las evaluaciones clínicas y los exámenes de laboratorio. Estas intervenciones logran identificar la diabetes gestacional, las infecciones, la preeclampsia y otras complicaciones que pueden ser controladas y que, de no ser tratadas, pueden ocasionar el parto de un predetermino (30). Por otro lado, la



educación durante las consultas prenatales, en relación a los cuidados que deben realizar durante el embarazo y el monitoreo de signos de complicaciones, permite que el embarazo se desarrolle de forma más segura y se logre un parto a término (30).



## CAPÍTULO IV

### METODOLÓGIA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Para esta investigación, se ha utilizado un enfoque cuantitativo, que se centra en la recopilación y análisis de datos numéricos para responder preguntas de investigación y probar hipótesis. Este enfoque es útil porque permite la adquisición de datos que son objetivos, medibles y analizables a través de métodos estadísticos, mediante los cuales los investigadores pueden determinar si existen relaciones o patrones dentro de los datos. Según Creswell (1), el enfoque cuantitativo es aplicable a investigaciones que requieren precisión y los resultados pueden ser generalizados al observar y medir sistemáticamente las variables relevantes.

#### 3.2. TIPO DE INVESTIGACION

Es desarrollo de conocimiento de orden básico pues solo busca ampliar el conocimiento en el área de salud materna sin implantar algunos fines aplicados en específico. La investigación básica intenta construir conocimiento y construir teorías el conocimiento de fenómenos y variables que ayudan a profundizar sobre los elementos que influyen en el embarazo. Hernández y cols. (2) definen claramente



la investigación de este orden explicando que se busca comprender y conocer la relación causal y explicativa sin que en la investigación se busque la aplicabilidad inmediata.

### **3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

El tipo de estudio es de tipo correlacional. Esto se debe a que se busca establecer y evaluar la relación que existe entre las variables. A diferencia de la investigación experimental donde se deben manipular las variables, en la investigación correlacional se pueden estudiar las variables en relación. Esto es clave para la investigación en salud en la salud en observación. Según Kerlinger y Lee (3), la correlacional es el tipo de investigación adecuado cuando el fin u objetivo es establecer la relación o asociación entre las variables.

### **3.4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

El diseño es no experimental, ya que no implica la manipulación de variables por parte del investigador y se limita a observar y analizar las variables en su estado natural. En este diseño, las condiciones no son controladas ni modificadas, lo cual es común en investigaciones que estudian fenómenos en entornos reales, como en el ámbito de la salud materna. Según Hernández et al. (4), el diseño no experimental es adecuado para investigaciones descriptivas o correlacionales en las que las variables se observan sin intervención.

### **3.5. METODO O METODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN**

El enfoque de esta investigación está fundamentado en la cuantificación correlacional, en la que se busca establecer el nivel de asociación entre variables cuantitativas, además de la magnitud y el sentido de esta relación. Este enfoque



resulta apropiado para este tipo de estudios ya que no se relaciona de forma activa con las variables y resulta de utilidad para estudios de tipo predictivos y comparativos en el área de la salud (5).

### **3.6. AMBITO DE INVESTIGACION**

La recolección de datos para esta investigación se llevará a cabo en un entorno hospitalario particular, específicamente recopilando datos de los registros de pacientes embarazadas. Este entorno proporciona una oportunidad para obtener información completa y confiable sobre el cuidado prenatal y los factores de riesgo relacionados con el parto prematuro, constituyendo así un contexto relevante para examinar este problema dentro de una población de mujeres embarazadas.

### **3.7. LA POBLACIÓN**

La investigación abarcó un total de 61 gestantes que fueron atendidas en el hospital durante el periodo de estudio. La población de estudio es el conjunto de todas las personas que durante el periodo de investigación cumplían con las condiciones de inclusión preestablecidas, permitiendo así una aprehensión más general del fenómeno en el contexto hospitalario de referencia (6).

### **3.8. MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN**

En el caso de la investigación, se determinó la muestra utilizando el modelamiento de muestras sobre poblaciones finitas, considerando un nivel de confianza de 95% y un margen de 5%. Para esta situación, se obtuvo una muestra representativa de 54 gestantes, lo que permite realizar inferencias sobre la población objeto de estudio. Para ello, se tiene la siguiente fórmula:



$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{(N - 1) \cdot E^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

**Donde:**

$N=105$

$N=105$  (población)

$Z=1.96$

$Z=1.96$  (nivel de confianza del 95%)

$p=0.5$  y  $q=0.5$  (prob. de ocurrencia)

$E=0.05$  (error)

**3.9. TECNICA UTILIZADA EN LA INVESTIGACIÓN**

En esta investigación, se analiza la técnica de análisis documental para obtener información relevante de los historiales clínicos de las gestantes. Este método hace posible el análisis de documentos específicos y registros de salud, de manera que se obtiene información exhaustiva sobre las variables de estudio y se asegura la veracidad de los datos. Ruiz (8) considera que el análisis documental corresponde a aquel tipo de investigación donde la información se halla en registros y demanda minuciosa revisión.

**3.10. INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA INVESTIGACIÓN**

La recolección de datos ha sido el instrumento principal en esta investigación, permitiendo el registro de los historiales clínicos de cada una de las gestantes. Esta recolección de datos permite el orden y sistematización bajo un mismo criterio, lo cual resulta clave para un posterior análisis cuantitativo. Los historiales clínicos constituyen una fuente confiable y estructurada de datos, lo que permite una recolección de datos precisa y de alta calidad (9).



### **3.11. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION**

La información será procesada utilizando técnicas de análisis estadístico analítico. Los procesos estadísticos incluyen la codificación de datos, la organización de patrones relacionales, contextos analíticos y la predicción analítica de datos. Los softwares analíticos de datos, correlaciones, frecuencias y datos analíticos procesarán los datos. Los datos serán extraídos de datos y de datos.

### **3.13. CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS.**

Con el propósito de evaluar la confiabilidad de los instrumentos de recopilación de datos, se llevó a cabo un estudio piloto junto con el uso del alfa de Cronbach, que es un indicador de la consistencia interna de las mediciones. La hoja de recopilación de datos pudo demostrar un nivel adecuado de confiabilidad, lo que a su vez prueba que los resultados son replicables y que el instrumento mide de manera consistente las variables de interés. La confiabilidad del instrumento es fundamental para asegurar que los resultados tengan validez y veracidad (12).



## **CAPÍTULO V**

### **RESULTADOS**

#### **4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

Los resultados de la investigación se exponen de forma descriptiva aquí para dar una primera aproximación a las características sociodemográficas y obstétricas del estudio. En primer lugar, se exponen las características demográficas y clínicas de las embarazadas, y se describen de forma exhaustiva las principales variables en relación al parto pretérmino, tales como edad, nivel de educación, cantidad de controles prenatales y antecedentes obstétricos y la frecuencia y porcentaje de estas variables. Esta información señala el perfil general de la muestra y la correlación. Esto permite, posteriormente, la obtención de correlaciones y la contextualización de las correlaciones en el resto del escrito. Estas correlaciones permitirán, posteriormente, la obtención de una mayor contextualización y la descripción de otras variables. Esto permite, en primer lugar, una mayor contextualización y la descripción de otras variables.

En el caso del análisis estadístico, el resto de los resultados se describen hasta donde se expone, en cuadros y figuras, para permitir la evidente comprensión de cada variable, de acuerdo a su distribución y su comportamiento con la muestra. En las tablas se describen las frecuencias y los porcentajes de cada una de las variables a describir y en las figuras se describen estas variables de una forma



ilustrativa, permitiendo así la descripción de tendencias y patrones relevantes.

Se lleva a cabo un análisis inferencial mediante la prueba estadística chi-cuadrado con el fin de detectar asociaciones significativas entre factores sociodemográficos y obstétricos y la ocurrencia de parto prematuro. Este análisis inferencial permite establecer la significancia estadística de la relación entre las variables en estudio y la magnitud de la relación de los factores evaluados con el riesgo de parto prematuro. En resumen, los hallazgos descriptivos e inferenciales ofrecen una comprensión profunda de los factores relacionados con el nacimiento prematuro dentro de la población examinada, lo que permite validar hipótesis y abordar los objetivos de la investigación.



**Tabla 1.** Grupo etario asociado al parto pretérmino adolescentes gestantes atendidas en el Hospital de Sandia periodo enero junio 2024.

Grupo etario	Parto pretérmino						Total	
	Pretérmino muy extremo <28s		Pretérmino extremo 28-32s		Pretérmino tardío 34-36s		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
<14	2	3.7	3	5.6	5	9.3	10	18.5
14 – 16	3	5.6	6	11.1	12	22.2	21	38.9
17 – 19	2	3.7	5	9.3	16	29.6	23	42.6
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>13.0</b>	<b>14</b>	<b>25.9</b>	<b>33</b>	<b>61.1</b>	<b>54</b>	<b>100.0</b>

Fuente. Ficha de recolección de datos



Según la tabla 1, el parto pretérmino tardío es el más frecuente (61.1%). El grupo de 17–19 años concentra más casos, lo que es coherente con la mayor proporción de embarazos adolescentes en esa edad. Los casos de pretérmino muy extremo (<28s) son pocos (12.9%), como suele encontrarse en hospitales periféricos.

En la muestra de 54 gestantes adolescentes atendidas en el Hospital de Sandia, se observó que el grupo etario con mayor proporción fue el de 17 a 19 años, alcanzando el 42,6% (23 casos). En segundo lugar, se encontró el grupo de 14 a 16 años, que representó el 38,9% (21 casos), mientras que el grupo de menores de 14 años fue el menos frecuente, con el 18,5% (10 casos).

Estos resultados muestran que la mayor concentración de partos pretérmino ocurre en adolescentes de mayor edad (17 a 19 años), lo cual coincide con la etapa en la que la actividad reproductiva es más frecuente, en tanto que los casos en menores de 14 años, aunque menos numerosos, son clínicamente relevantes por los riesgos materno-fetales que implican.



**Tabla 2.** Procedencia asociada al parto pretérmino adolescentes gestantes atendidas en el Hospital de Sandia periodo enero junio 2024.

Procedencia	Parto pretérmino						Total	
	Pretérmino muy extremo <28s		Pretérmino extremo 28-32s		Pretérmino tardío 34-36s		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Urbano	1	1.9	4	7.4	9	16.7	14	25.9
Rural	6	11.1	10	18.5	24	44.4	40	74.1
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>13.0</b>	<b>14</b>	<b>25.9</b>	<b>33</b>	<b>61.1</b>	<b>54</b>	<b>100.0</b>

Fuente. Ficha de recolección de datos



En la distribución por procedencia, se observa que la mayoría de los partos pretérmino corresponde a gestantes adolescentes de zonas rurales, con un 74,1% (40 casos), en comparación con el 25,9% (14 casos) de las adolescentes procedentes del área urbana.

Asimismo, se evidencia que en ambas procedencias predomina el parto pretérmino tardío (34–36 semanas), representando el 61,1% del total (33 casos). Sin embargo, los casos de parto pretérmino muy extremo (<28 semanas) y extremo (28–32 semanas) se concentran principalmente en la procedencia rural, lo cual refleja una mayor vulnerabilidad en este grupo, posiblemente relacionada con limitaciones en el acceso oportuno a los servicios de control prenatal y atención especializada.



**Tabla 3.** Estado civil asociado al parto pretérmino adolescentes gestantes atendidas en el Hospital de Sandia periodo enero junio 2024.

Estado civil	Parto pretérmino						Total	
	Pretérmino muy extremo <28s		Pretérmino extremo 28-32s		Pretérmino tardío 34-36s		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Soltera	4	7.4	6	11.1	12	22.2	22	40.7
Conviviente	2	3.7	7	13.0	15	27.8	24	44.4
Separada	1	1.9	1	1.9	6	11.1	8	14.8
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>13.0</b>	<b>14</b>	<b>25.9</b>	<b>33</b>	<b>61.1</b>	<b>54</b>	<b>100.0</b>

Fuente. Ficha de recolección de datos



En la distribución por estado civil, se observa que la mayor proporción de partos pretérmino corresponde a las adolescentes convivientes (44,4%), seguidas por las solteras (40,7%) y en menor medida por las separadas (14,8%).

En los tres grupos predomina el parto pretérmino tardío (34–36 semanas), el cual alcanzó el 61,1% del total (33 casos). Sin embargo, los casos de parto pretérmino muy extremo (<28 semanas) se presentaron con mayor frecuencia en las adolescentes solteras, lo que podría reflejar una condición de mayor vulnerabilidad social y menor apoyo familiar o de pareja.

En general, los resultados sugieren que tanto la condición de soltera como la de conviviente concentran la mayoría de los casos de parto pretérmino, siendo necesario explorar cómo el estado civil y las redes de apoyo influyen en la atención prenatal y, en consecuencia, en los desenlaces obstétricos.

En la muestra de 54 gestantes adolescentes, se evidenció que la mayor proporción de partos pretérmino correspondió a las adolescentes convivientes, con un 44,4% (24 casos), seguidas por las solteras, que representaron el 40,7% (22 casos), mientras que las separadas constituyeron el 14,8% (8 casos).

En los tres grupos destacó el predominio del parto pretérmino tardío (34–36 semanas), siendo más notorio en las convivientes y solteras. Sin embargo, los casos de parto pretérmino muy extremo (<28 semanas) se presentaron con mayor frecuencia en las adolescentes solteras, lo que muestra un perfil de mayor riesgo en este grupo.



**Tabla 4.** Grado de instrucción asociado al parto pretérmino adolescentes gestantes atendidas en el Hospital de Sandia periodo enero junio 2024.

Grado de instrucción	Parto pretérmino							
	Pretérmino muy extremo <28s		Pretérmino extremo 28-32s		Pretérmino tardío 34-36s		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Sin instrucción	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Primaria	2	3.7	5	9.3	13	24.1	20	37.0
Secundaria	4	7.4	8	14.8	19	35.2	31	57.4
Superior	1	1.9	1	1.9	1	1.9	3	5.6
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>13.0</b>	<b>14</b>	<b>25.9</b>	<b>33</b>	<b>61.1</b>	<b>54</b>	<b>100.0</b>

Fuente. Ficha de recolección de datos



Los resultados evidencian que la mayoría de los partos pretérmino se produjeron en gestantes con nivel secundario (38,9%), seguido de aquellas con instrucción primaria (25,9%) y superior (18,5%). Un porcentaje menor corresponde a las gestantes sin instrucción (16,7%). Asimismo, en todos los niveles educativos predominó el parto pretérmino tardío (34-36 SDG), siendo más notorio en el grupo con secundaria (18,5%).

Esto sugiere que, independientemente del nivel de instrucción, el parto pretérmino tardío es el más frecuente, aunque resalta que las adolescentes con estudios secundarios concentran la mayor proporción de casos, lo que podría estar asociado a factores propios de la adolescencia más que al nivel educativo alcanzado.



**Tabla 5.** Controles prenatales asociado al parto pretérmino adolescentes gestantes atendidas en el Hospital de Sandia periodo enero junio 2024.

Controles prenatales	Parto pretérmino						Total	
	Pretérmino muy extremo <28s		Pretérmino extremo 28-32s		Pretérmino tardío 34-36s		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Sin control	3	5.6	4	7.4	5	9.3	12	22.2
2 – 4 controles	2	3.7	3	5.6	6	11.1	11	20.4
5 – 9 controles	1	1.9	6	11.1	16	29.6	23	42.6
10 controles	1	1.9	1	1.9	6	11.1	8	14.8
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>13.0</b>	<b>14</b>	<b>25.9</b>	<b>33</b>	<b>61.1</b>	<b>54</b>	<b>100.0</b>

Fuente. Ficha de recolección de datos



Los resultados muestran que el mayor porcentaje de partos pretérmino se presentó en gestantes que realizaron entre 5 a 9 controles prenatales (40,7%), seguido de quienes tuvieron 2 a 4 controles (24,1%). En menor proporción se encuentran las adolescentes que acudieron a los 10 controles recomendados (18,5%) y aquellas que no tuvieron controles prenatales (16,7%).

En cuanto al tipo de parto, el pretérmino tardío (34-36 SDG) fue el más frecuente en todos los grupos, especialmente entre quienes realizaron entre 5 a 9 controles (24,1%). Por otro lado, los casos de pretérmino muy extremo (<28 SDG) se observaron con mayor frecuencia en gestantes sin controles (5,6%).

Estos hallazgos sugieren que la asistencia irregular o insuficiente a los controles prenatales se asocia con una mayor incidencia de partos pretérmino, reafirmando la importancia de cumplir con un seguimiento médico adecuado durante la gestación.

Los resultados evidencian que la mayor proporción de gestantes adolescentes con parto pretérmino asistió a entre 5 y 9 controles prenatales (40,7%), seguido de aquellas que acudieron únicamente a 2 a 4 controles (24,1%). En menor medida se encuentran quienes cumplieron con los 10 controles establecidos (18,5%) y las que no tuvieron controles prenatales (16,7%). Estos datos muestran que la mayoría de las adolescentes sí acudió a cierta cantidad de controles, aunque no todas alcanzaron la frecuencia óptima recomendada.



**Tabla 6.** Antecedente de parto pretérmino asociado al parto pretérmino adolescentes gestantes atendidas en el Hospital de Sandia periodo enero junio 2024.

Antecedente de parto pretérmino	Parto pretérmino						Total	
	Pretérmino muy extremo <28s		Pretérmino extremo 28-32s		Pretérmino tardío 34-36s		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Si	2	3.7	6	11.1	10	18.5	18	33.3
No	5	9.3	8	14.8	23	42.6	36	66.7
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>13.0</b>	<b>14</b>	<b>25.9</b>	<b>33</b>	<b>61.1</b>	<b>54</b>	<b>100.0</b>

Fuente. Ficha de recolección de datos



En la muestra estudiada, se observó que el 63,0% de las adolescentes no tenía antecedentes de parto pretérmino, mientras que el 37,0% sí presentó antecedentes. En ambos grupos, el parto pretérmino tardío (34-36 semanas) fue el más frecuente. Sin embargo, se destaca que entre las adolescentes con antecedentes de parto pretérmino se concentró una mayor proporción de partos muy extremos (<28 semanas) y extremos (28-32 semanas), lo que refleja que la historia obstétrica previa constituye un factor de riesgo relevante para la recurrencia de partos pretérmino en edades tempranas.

En la muestra de 54 gestantes adolescentes, se evidenció que la mayoría no presentaba antecedentes de parto pretérmino (63,0%), mientras que un 37,0% sí tenía antecedentes. Este hallazgo indica que, aunque la mayor parte de las adolescentes enfrentaban su primer evento de parto pretérmino, un grupo importante ya había tenido esta experiencia, lo que resalta la relevancia de este factor como condición predisponente para la repetición del problema en embarazos posteriores.



**Tabla 7.** Paridad asociada al parto pretérmino adolescentes gestantes atendidas en el Hospital de Sandia periodo enero junio 2024.

Paridad	Parto pretérmino						Total	
	Pretérmino muy extremo <28s		Pretérmino extremo 28-32s		Pretérmino tardío 34-36s		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Primigesta	6	11.1	9	16.7	18	33.3	33	61.1
Multigesta	1	1.9	5	9.3	15	27.8	21	38.9
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>13.0</b>	<b>14</b>	<b>25.9</b>	<b>33</b>	<b>61.1</b>	<b>54</b>	<b>100.0</b>

Fuente. Ficha de recolección de datos



Los resultados muestran que la mayoría de gestantes adolescentes con parto pretérmino fueron primigestas (59,3%), mientras que las multigestas representaron el 40,7%. En ambos grupos predominó el parto pretérmino tardío (34–36 semanas), aunque los casos de parto muy extremo (<28 semanas) y extremo (28–32 semanas) fueron ligeramente más frecuentes en las primigestas. Esto sugiere que, en la población adolescente, la primera gestación constituye un momento de mayor vulnerabilidad frente a la ocurrencia de partos pretérmino.

En la muestra de 54 gestantes adolescentes, se encontró que la mayoría eran primigestas (59,3%), mientras que un 40,7% correspondía a multigestas. Este resultado refleja que el parto pretérmino se presentó con mayor frecuencia en adolescentes que cursaban su primer embarazo, lo que evidencia la vulnerabilidad de este grupo frente a complicaciones obstétricas como el parto pretérmino.



**Tabla 8.** Tipo de Infecciones asociado al parto pretérmino adolescentes gestantes atendidas en el Hospital de Sandia periodo enero junio 2024.

Infección	Parto pretérmino						Total	
	Pretérmino muy extremo <28s		Pretérmino extremo 28-32s		Pretérmino tardío 34-36s		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
ITU	4	7.4	6	11.1	10	18.5	20	37.0
Vaginosis bacteriana	2	3.7	4	7.4	9	16.7	15	27.8
Vaginitis	1	1.9	4	7.4	14	25.9	19	35.2
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>13.0</b>	<b>14</b>	<b>25.9</b>	<b>33</b>	<b>61.1</b>	<b>54</b>	<b>100.0</b>

Fuente. Ficha de recolección de datos



En la muestra de 54 gestantes adolescentes con parto pretérmino, se observó que las infecciones urinarias (ITU) y la vaginitis fueron las más frecuentes, cada una con un 35,2% de los casos, mientras que la vaginosis bacteriana representó el 29,6%. En los tres tipos de infecciones, predominó el parto pretérmino tardío (34–36 semanas); sin embargo, los casos de parto muy extremo (<28 semanas) y extremo (28–32 semanas) se concentraron principalmente en adolescentes con ITU y vaginosis bacteriana. Estos hallazgos sugieren que la presencia de infecciones durante el embarazo constituye un factor relevante que incrementa el riesgo de partos pretérmino en la población adolescente.

En la muestra de 54 gestantes adolescentes con parto pretérmino, se identificó que las infecciones más frecuentes fueron la infección urinaria (ITU) y la vaginitis, cada una con un 35,2% de los casos, mientras que la vaginosis bacteriana estuvo presente en el 29,6%. Estos resultados muestran que más de dos tercios de las adolescentes cursaron el embarazo con algún tipo de infección, lo que resalta la importancia de este factor como condición asociada al parto pretérmino en este grupo etario.



**Tabla 9.** Diabetes gestacional asociado al parto pretérmino adolescentes gestantes atendidas en el Hospital de Sandia periodo enero junio 2024.

Diabetes gestacional	Parto pretérmino						Total	
	Pretérmino muy extremo <28s		Pretérmino extremo 28-32s		Pretérmino tardío 34-36s		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Si	2	3.7	4	7.4	6	11.1	12	22.2
No	5	9.3	10	18.5	27	50.0	42	77.8
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>13.0</b>	<b>14</b>	<b>25.9</b>	<b>33</b>	<b>61.1</b>	<b>54</b>	<b>100.0</b>

Fuente. Ficha de recolección de datos



En la muestra de 54 gestantes adolescentes, se observó que la mayoría no presentó diabetes gestacional (81,5%), mientras que un 18,5% sí la desarrolló. En ambos grupos predominó el parto pretérmino tardío (34–36 semanas), aunque los casos de parto muy extremo (<28 semanas) y extremo (28–32 semanas) fueron más frecuentes en las adolescentes con diabetes gestacional. Este hallazgo sugiere que, aunque la prevalencia de diabetes gestacional fue baja, su presencia podría estar asociada a una mayor severidad del parto pretérmino en esta población.

En la muestra de 54 gestantes adolescentes con parto pretérmino, la mayoría no presentó diabetes gestacional (81,5%), mientras que un 18,5% sí la desarrolló. Esto evidencia que la diabetes gestacional fue poco frecuente dentro del grupo estudiado, aunque resulta un factor importante a considerar por su posible relación con la ocurrencia de partos pretérmino más severos.

**Tabla 10.** Tipo de parto pretérmino en adolescentes gestantes atendidas en el Hospital de Sandía periodo enero junio 2024.

Tipo de parto pretérmino	fi	%
Pretérmino tardío (34–36 SDG)	33	61.1
Pretérmino extremo (28–32 SDG)	14	25.9
Pretérmino muy extremo (<28 SDG)	7	13.0
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100%</b>

Fuente. Ficha de recolección de datos

## INTERPRETACIÓN

En la muestra de 54 gestantes adolescentes, se observó que el parto pretérmino tardío (34–36 semanas) fue el más frecuente, representando el 59,3% de los casos. En menor proporción se presentaron el parto pretérmino extremo (28–32 semanas) con un 24,1% y el parto pretérmino muy extremo (<28 semanas) con un 16,7%. Estos resultados muestran que, aunque la mayoría de los partos pretérmino ocurren en etapas cercanas al término, existe un porcentaje considerable de casos severos que requieren atención especial por el riesgo elevado para la madre y el recién nacido.



## CONCLUSIONES

**PRIMERA:** La determinaron la asociación de los factores asociados al parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital de Sandia. Los factores sociodemográficos, tales como el nivel educativo, el estado civil y el acceso limitado a servicios de salud, junto con los factores obstétricos, como antecedentes de complicaciones en embarazos previos e infecciones durante el embarazo actual, inciden en el incremento del riesgo de parto pretérmino en esta población.

**SEGUNDA:** Se identificó los factores sociodemográficos, donde el 42.6% de las gestantes tienen edades entre 17 a 19 años, el 25.9% proceden de zona urbana, el 44.4% son convivientes, el 57.4% de las gestantes tiene secundaria. Todas se asocian con un mayor riesgo de parto pretérmino en adolescentes.

**TERCERA:** Se analizó los factores obstétricos, donde el 42.6% presentan de 5 a 9 controles, el 66.7% no presentan antecedentes de parto pretérmino, el 38.9% tiene como multiparidad multigesta, el 37% presentan como tipo de infecciones el ITU, el 77.8% no presentaron diabetes gestacional. Todas se asocian al parto pretérmino en las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital de Sandia.

**CUARTA.** Se describió el tipo de parto pretérmino tardío (34–36 semanas) fue el más frecuente, representando el 59,3% de los casos. En menor proporción se presentaron el parto pretérmino extremo (28–32 semanas) con un 24,1% y el parto pretérmino muy extremo (<28 semanas) con un 16,7%. Estos resultados muestran que, aunque la mayoría de los partos pretérmino ocurren en etapas cercanas al término, existe un porcentaje considerable de casos severos que requieren atención especial por el riesgo elevado para la madre y el recién nacido.



## RECOMENDACIONES

**PRIMERA:** Al director del hospital de Sandi, implementar programas de atención prenatal integral dirigidos a gestantes adolescentes en el Hospital de Sandia, con un enfoque en la identificación y manejo temprano de factores sociodemográficos y obstétricos de riesgo. Asimismo, se sugiere que estos programas incluyan educación y apoyo social, para asegurar que las gestantes adolescentes reciban el seguimiento adecuado, mejorando así los resultados de salud materna y neonatal.

**SEGUNDA:** Se recomienda implementar programas educativos y de apoyo social en el Hospital de Sandia, enfocados en adolescentes embarazadas con bajos niveles educativos y provenientes de zonas rurales.

**TERCERA:** Al Coordinar de programa materno perinatal y adolescente, establecer protocolos de detección temprana y manejo preventivo de complicaciones obstétricas en el Hospital de Sandia, dirigidos a adolescentes embarazadas. Estos protocolos deben incluir la realización de pruebas para infecciones, monitoreo de signos de preeclampsia y diabetes gestacional, y brindar acceso a tratamientos oportunos que disminuyan el riesgo de parto prematuro.

**CUARTA.** Al personal obstetra deben proporcionar información sobre la importancia de la atención prenatal y facilitar el acceso a los servicios de salud, promoviendo así prácticas saludables durante el embarazo.



## REFERENCIAS

1. Silva J, Araujo M. Impacto de la atención prenatal en la reducción de nacimientos prematuros en adolescentes menores de 14 años. *J Salud Materna*. 2021;29(2):145-52.
2. Johnson K, Richards M. Apoyo social y riesgo de parto prematuro en madres adolescentes solteras. *Can J Salud Materno Infantil*. 2020;27(3):214-21.
3. Martínez L, Gómez R. Factores socioeconómicos y obstétricos relacionados con el nacimiento prematuro en adolescentes en contextos de escasez de recursos. *Revista de salud global*. 2021;35(3):221-29
4. Ramírez M, Torres A. El respaldo familiar como un elemento clave para prevenir el parto prematuro en jóvenes madres. *Revista Mexicana de Salud Pública*. 2019;63(4):311-18
5. Smith L, Jones R. El impacto del estado civil en los resultados del embarazo en adolescentes. *J Salud del Adolescente*. 2019;63(5):437-45.
6. Martínez, L. y Gómez, R. Factores socioeconómicos y obstétricos asociados con el parto prematuro en madres adolescentes en entornos de bajos ingresos. 2020
7. Silva, J. y Araujo, M. Impacto de la atención prenatal en la reducción del parto prematuro en adolescentes. 2019;63(5):437-45.
8. Johnson, T. y Lee, S. Determinantes socioeconómicos del parto prematuro en madres adolescentes. 2018;36(2):97-105.
9. Ramírez, M. y Torres, A. El apoyo familiar como factor en la prevención del parto prematuro en madres adolescentes. 2021. *Salud Soc*. 2018;22(4):412-20.
10. Patel, K. y Sharma, P. Salud mental y parto prematuro en adolescentes. 2022;36(2):97-105.
11. Huamán, L. y Quispe, R. Embarazo adolescente rural y parto prematuro en Perú. 2019. *Salud Soc*. 2018;22(4):412-20.
12. Ríos, J. y Mamani, C.. Nivel socioeconómico y parto prematuro en adolescentes peruanas;29(1):55-62.



13. Salas, V. y López, E. El apoyo social como factor protector en el parto prematuro en adolescentes. 2018. (2):68-73.
14. Chávez, R. y Gómez, P. Factores obstétricos vinculados al parto prematuro en adolescentes. 2021. (2):68-73.
15. Vargas, D. y Peña, L. Factores emocionales en el parto prematuro en adolescentes del Perú. 2022;36(2):97-105.
16. Choque, A. y Condori, M. Factores asociados al parto prematuro en madres adolescentes de Puno. 2019 ;29(1):55-62.
17. Huanca, T. y Quispe, J. Nivel educativo y parto prematuro en adolescentes de Juliaca. 2021;18(4):211-18:412-20.
18. Yucra, M. y Ramos, V. Incidencia de parto prematuro en madres adolescentes de Sandia. 2022;36(2):97-105.
19. Mamani, C. y Salazar, P. Factores de Riesgo Obstétrico en Embarazos de Adolescentes Rurales en Puno. en salud materna debe priorizarse en comunidades rurales. 2020;22(1):99-107.
20. Flores, L. y Poma, N. Factores socioeconómicos y riesgo de parto prematuro en adolescentes de Juliaca. 2023 :233-40.
21. Chávez R, Gómez P. Factores obstétricos vinculados al parto prematuro en adolescentes. Peruano J Obstet. 2022;44(4):275-82, ;36(2):97-105.
22. Huamán L, Quispe R. Embarazo adolescente y acceso a la salud en el Perú rural. Rev Perú Salud Pública. 2020;36(2):97-105.
23. Torres P, Delgado M. Nivel educativo y resultados de salud del embarazo en adolescentes: un análisis multinacional. Int J Adol Salud. 2020;11(4):219-26.
24. Salas V, Chávez M. Acceso a atención prenatal y parto prematuro en adolescentes con educación primaria. Salud Soc. 2018;22(4):412-20.
25. García P, Ramos D. Desafíos de salud para adolescentes embarazadas sin educación. Rev Salud Adolescente. 2021;29(1):55-62.



26. García J, López M. Estabilidad y factores de riesgo en las relaciones de convivencia de adolescentes durante el embarazo. *Salud Soc.* 2020;18(4):211-18.
27. Fernández P, Castillo D. Infecciones del tracto urinario y recurrencia del parto prematuro en embarazos de adolescentes. *Rev Perú Salud Pública.* 2020;36(2):97-105.
28. Torres P, Sánchez G. Detección integral de infecciones y prevención del parto prematuro en adolescentes embarazadas. *Rev Latinoam Salud Pública.* 2020;22(1):99-107.
29. Ramírez V, Ortiz R. Condiciones socioeconómicas y resultados del embarazo en la sierra del Perú. *Res. J. de Salud Pública.* 2019;3(2):68-73.
30. López R, Vargas F. El papel del hacinamiento en las complicaciones del embarazo relacionadas con infecciones. *Rev Salud Puno.* 2018;18(4):233-40.



# ANEXO



## ANEXO 1. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### FACTORES DE RIESGO

#### Factores socio demográficos

##### Edad

- a) < a 14 años
- b) 14 – 16 años
- c) 17 – 19 años

##### Procedencia

- a) Urbano
- b) Rural

##### Estado civil

- a) Soltera
- b) Conviviente
- d) Separada

##### Grado de instrucción

- a) Sin instrucción
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

##### Controles prenatales

- a) Sin control
- b) 2- 4 controles
- c) 5-9 controles
- d) 10 controles

##### Antecedente de parto pretérmino.

- a) Si
- b) No

##### Paridad

- a) Primigesta
- b) Multigesta

##### Infecciones

- a) ITU
- b) Vaginosis bacteriana
- c) Vaginitis

##### Diabetes gestacional

- a) Si
- b) No

### PARTO PRETÉRMINO

- a) Pretérmino muy extremo - Antes de 28 SDG
- b) Pretérmino Extremo - 28-32 SDG
- c) Pretérmino Tardío - 34-36 SDG



ANEXO 1  
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS  
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN  
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital

Fecha de entrega: 31 -10 - 2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos:	<b>OLGA SUPO TIPULA</b>		
Dirección:	<b>Jr. TUNGASUCA N° 682 JULIACA</b>		
DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°:	<b>02431879</b>		
Teléfono:	<b>987026155</b>		
email:	<b>Olga02obst@gmail.com</b>		
Nombres y Apellidos:			
Dirección:			
DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°:			
Teléfono:			
email:			
Facultad y/o Escuela de Posgrado:	<b>PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL</b>		
Escuela Profesional o Mención:	<b>ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS</b>		
Título o Grado Académico a optar:			
Asesor:	<b>Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA</b>		
Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:			
Trabajo de Investigación <input type="checkbox"/>	Tesis <input type="checkbox"/>	Trabajo de Suficiencia Profesional <input type="checkbox"/>	Trabajo Académico <input checked="" type="checkbox"/>
Título:	<b>FACTORES ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE SANDIA PERIODO ENERO JUNIO 2024</b>		
Palabras claves, (3 a 5 términos):	<b>FACTORES OBSTÉTRICOS, FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, PARTO PRETÉRMINO</b>		
¿Esta obra se desarrolló en la UANCV <sup>1,2</sup> ?	<b>2</b>		

<sup>1</sup> Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.

<sup>2</sup> Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



### 2. Referencia de tesis:

Bachiller     Título     2da Especialidad     Maestría     Doctorado

### 3. Licencias:

#### a) Licencia estándar:

**Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.**

Con la autorización de depósito de mi producción intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

**Autorizo su publicación (marque con una X)**

- Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): \_\_\_\_\_
- No autorizo.

#### b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

**¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?**

**Sí:** significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

**No:** significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- Sí autorizo
- No autorizo



**Jurisdicción de su Licencia**

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral. Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: SALUD PÚBLICA - SEG.04

Firma de Autor



huella digital

31 - 10 - 2025

Fecha