



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Obstetricia

**Asociación entre barreras de acceso a la atención
prenatal y parto prematuro en gestantes adolescentes:
Una revisión narrativa**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Andrea Alejandra GUEVARA VELÁSQUEZ

ASESOR

Mg. Lauro Marcoantonio RIVERA FELIX

Lima, Perú

2023



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Guevara A. Asociación entre barreras de acceso a la atención prenatal y parto prematuro en gestantes adolescentes: Una revisión narrativa [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Obstetricia; 2023.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Andrea Alejandra Guevara Velásquez
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	70403778
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Lauro Marcoantonio Rivera Felix
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	09928576
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-8798-4932
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Emma Felicia Salazar Salvatierra
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	08582412
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Emilio Oswaldo Vega Gonzales
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	80651413
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Olivia María Hilario Osorio
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	40601492
Datos de investigación	
Línea de investigación	No aplica
Grupo de investigación	No aplica
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento

Ubicación geográfica de la investigación	Universidad Nacional Mayor de San Marcos Latitud: -12.058031 Longitud: -77.019254
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2022 - 2023
URL de disciplinas OCDE	Obstetricia, Ginecología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02



**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS EN MODALIDAD PRESENCIAL
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN OBSTETRICIA**

1. FECHA DE LA SUSTENTACIÓN: 26/ 10 / 2023

HORA INICIO : 11:30 hrs

HORA TÉRMINO : 12: 30 hrs

2. MIEMBROS DEL JURADO

PRESIDENTE : Dra. Emma F. Salazar Salvatierra

MIEMBRO : Dr. Emilio Oswaldo Vega Gonzales

MIEMBRO : Mg. Olivia María Hilario Osorio

ASESORA : Mg. Lauro Marcoantonio Rivera Felix

3. DATOS DEL TESISTA

NOMBRES Y APELLIDOS : Andrea Alejandra Guevara Velásquez

CODIGO : 15010330

TÍTULO DE LA TESIS: "Asociación entre barreras de acceso a la atención prenatal y parto prematuro en gestantes adolescentes: Una revisión narrativa".

4. RECOMENDACIONES

5. NOTA OBTENIDA: (17) Diecisiete



6. PÚBLICO ASISTENTE: (Nombre, apellido y DNI)

N°	NOMBRES	DNI
1	Liliana Velásquez Paz	17446883
2	Carlos Guevara Diaz	17433032
3	Melissa Guevara Velásquez	70172038
4	Müller Aguirre Pozo	74089288
5	Karen Rebeca Leiva Briceño	74733828
6	Martha Aguilar Montoya	70105341
7	Bairon Jhoan Rodríguez Alarcón	70183808

7. FIRMAS DE LOS MIEMBROS DEL JURADO

DRA. EMMA F. SALAZAR SALVATIERRA D.N.I. 08582412	DR. EMILIO OSWALDO VEGA GONZALES D.N.I.80651413
PRESIDENTE	MIEMBRO

MG. OLIVIA MARIA HILARIO OSORIO D.N.I.40601492	MG. LAURO MARCOANTONIO RIVERA FELIX D.N.I.09928576
MIEMBRO	ASESOR (A)

 Firmado digitalmente por SOLIS RCJAS Mirian Teresa FAU 20148092282 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 26.10.2023 23:41:00 -05:00	 Firmado digitalmente por FERNANDEZ GIUSTI YDA DE PELLA Alicia Jesus FAU 20148092282 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 30.10.2023 13:21:46 -05:00
Dra. Mirian Teresa Solis Rojas Directora (e) de la Escuela Profesional de Obstetricia	Dra. Alicia Jesús Fernandez Giusti Vicedecana Académica-Facultad de Medicina
DIRECTORA (E) DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA	VICEDECANA ACADÉMICA DE PREGRADO FACULTAD DE MEDICINA



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Universidad del Perú. Decana de América

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo Mg. Lauro Marcoantonio Rivera Felix, en mi condición de Asesora acreditado con la Resolución Decanal N°000022-2023-D-FM/UNMSM de la tesis, cuyo título "Asociación **entre barreras de acceso a la atención prenatal y parto prematuro en gestantes adolescentes: Una revisión narrativa.**", **presentado por la bachiller** : Andrea Alejandra Guevara Velásquez, para optar el Título Profesional en Obstetricia.

CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante el software de similitud textual, el documento evaluado cuenta con el porcentaje de 19% de similitud, nivel **PERMITIDO**, para continuar con los trámites correspondiente y para su **publicación en el repositorio institucional.**

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del título correspondiente.

Firma del Asesor.....

DNI: 09928576

Nombre y apellidos del asesor: *Lauro Marcoantonio Rivera Felix*



AGRADECIMIENTOS

A Dios, por iluminar mi camino, por protegerme en todo momento y darme fortaleza.

A mis padres y hermana, por el inmenso amor y fuerza que me brindan, el apoyo constante y motivación de cumplir mis metas.

A mi asesor, Mg. Marcoantonio Rivera Félix por la paciencia, brindarme su apoyo y tiempo en todo el desarrollo de la investigación.

A mis docentes, que han sido parte de mi formación académica para ser una gran profesional.

DEDICATORIA

A mis padres Liliana y Carlos, por siempre apoyarme en todo, por su valentía, me han enseñado a luchar por mis metas, a no tener miedo y ser cada día más fuerte.

ÍNDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	2
DEDICATORIA	3
ÍNDICE DE TABLAS	6
ÍNDICE DE FIGURAS	7
RESUMEN	8
SUMMARY	9
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1. Planteamiento del problema	10
1.2. Formulación del problema	12
1.3. Objetivos	12
1.4. Justificación	13
1.5. Limitaciones.....	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	16
2.1. Antecedentes.....	16
2.2. Bases teóricas	21
2.3. Definición de términos	33
2.4. Formulación de hipótesis	33
2.5. Metodología.....	34
2.5.1. Tipo y diseño de investigación	34
2.5.2. Definición de la pregunta.....	34
2.5.3. Criterios de selección para la valoración de los estudios.....	34
2.5.4. Estrategia de búsqueda	35
2.5.5. Proceso de recopilación de datos.....	36
2.5.6. Procedimientos	36
2.5.7. Análisis de datos	37

2.5.8. Consideraciones éticas	37
CAPÍTULO III: RESULTADOS	38
3.1. Resultados de la revisión de artículos publicados en la literatura científica .	38
3.1.1. Esquema del proceso de búsqueda y selección de artículos.....	38
3.1.2. Caracterización de los artículos.....	43
3.1.3. Síntesis de resultados	46
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	56
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES	60
CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Ficha de registro de estudios	40
Tabla 2. Síntesis de resultados barreras de acceso geográfico y parto prematuro	46
Tabla 3. Síntesis de resultados barreras de acceso administrativo y parto prematuro	49
Tabla 4. Síntesis de resultados barreras de acceso económico y parto prematuro	52
Tabla 5. Síntesis de resultados barreras de acceso cultural y parto prematuro	54

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de flujo de la revisión narrativa	38
Figura 2. Artículos por bases de datos	43
Figura 3. Artículos por país donde se ejecutó el estudio	44
Figura 4. Artículos por año de publicación	45

RESUMEN

Objetivo: Determinar si existe asociación entre las barreras de acceso a la atención prenatal y parto prematuro en gestantes adolescentes según los estudios teóricos y empíricos publicados en la literatura científica durante los últimos 6 años.

Material y Métodos: Se trata de una revisión narrativa. La búsqueda se realizó utilizando diversas bases de datos, incluyendo: PubMed, ScienceDirect, ProQuest, EBSCO, Scielo, Dialnet y BVS – Biblioteca Virtual de Salud, además se utilizaron operadores booleanos (AND y OR) junto con un conjunto de términos en inglés y español sobre barreras de acceso geográfico, administrativo, económico y cultural, así como parto prematuro en gestantes adolescentes.

Resultados: Se encontraron 1615 resultados, de ellos 213 investigaciones fueron eliminadas por ser artículos repetidos. Una segunda eliminación se dio por ser resúmenes no relacionados directamente con el tema, se retiraron 1234 estudios. Se descartaron 105 estudios por ser cartas al editor y otro tipo de estudio que solo contempla resumen y no artículo completo. Finalmente se descartaron 43 investigaciones pues no contenían información que se alineara con los objetivos de estudio. Se seleccionaron 20 artículos para la investigación que presentaron evidencias sobre los obstáculos que dificultan el acceso a la atención prenatal y su asociación el parto prematuro en adolescentes embarazadas.

Conclusión: Las barreras de acceso a la atención prenatal se asociaron al parto prematuro en gestantes adolescentes, pues dificultaron o dilataron la asistencia de las pacientes al establecimiento de salud y la intervención del profesional en la prevención de riesgos y promoción de conductas saludables.

Palabras clave: Adolescente; Embarazo; Barreras de acceso a los servicios de salud; Nacimiento prematuro (Fuente: DeCS, BIREME).

SUMMARY

Objective: To determine if there is an association between barriers to access to prenatal care and preterm birth in adolescent pregnant women, based on theoretical and empirical studies published in the scientific literature over the past 6 years.

Materials and Methods: This is a narrative review. The search was conducted using various databases, including PubMed, ScienceDirect, ProQuest, EBSCO, Scielo, Dialnet, and BVS - Virtual Health Library. Boolean operators (AND and OR) were used along with a set of terms in English and Spanish related to geographical, administrative, economic, and cultural barriers to access, as well as preterm birth in adolescent pregnant women.

Results: The search yielded 1615 results, of which 213 research studies were removed due to duplicate articles. A second elimination occurred for abstracts that were not directly related to the topic, resulting in the removal of 1234 studies. 105 studies were excluded for being editorials and other types of research that only included summaries and not complete articles. Finally, 43 investigations were discarded as they did not contain information aligned with the study objectives. 20 articles were selected for the research that provided evidence on the obstacles hindering access to prenatal care and their association with premature birth in pregnant adolescents.

Conclusion: Barriers to accessing prenatal care were associated with preterm birth in adolescent pregnant women, as they hindered or delayed patients' attendance at health facilities and the intervention of professionals in risk prevention and promotion of healthy behaviors.

Keywords: Adolescent; Pregnancy; Health Services Accessibility; Premature birth (Source; MeSH; NLM).

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El embarazo adolescente (gestantes con edades entre 10 a 19 años, según la Organización Mundial de la Salud) es un problema mundial que conlleva consecuencias graves a nivel sanitario, social y económico. Por otra parte, aunque la tasa de natalidad se ha visto reducida, esta situación varía en África subsahariana (101 nacimientos por cada 1000 mujeres) y América Latina y el Caribe (53.2 nacimientos por cada 1000 mujeres) cuyas tasas son las más altas del mundo, lo que exterioriza la persistencia de desigualdad. Asimismo, los partos en adolescentes continúan siendo altos en estas regiones (1).

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Plan internacional (2), mencionan que “el embarazo y la maternidad adolescente contribuyen a la transmisión intergeneracional de pobreza y vulnerabilidad, la exclusión, la discriminación y la desigualdad de género” (p.6). Por tal, es un asunto que atañe a todos

La creciente preocupación en torno a este problema se debe a que las niñas y adolescentes embarazadas presentaran dificultades en su desarrollo psicosocial, emocional, incremento de la deserción escolar, violencia y abortos inseguros. Así como un mayor riesgo de complicaciones obstétricas y neonatales (anemia, preeclampsia, prematuridad, entre otros) que pueden predisponerlas a desenlaces fatales como la muerte (2,3). Se hace especial mención al parto prematuro; para el 2019, 900 000 niños murieron como consecuencia de las complicaciones asociadas al parto prematuro. La tasa de nacimientos prematuros oscila entre el 4% y 16% de los nacidos (4)

La inmadurez biológica propia de la etapa adolescente y la inasistencia a la atención prenatal se han identificado como los factores más importantes relacionados a tales complicaciones (3). Debido a ello, las directrices de la “Organización Mundial de la Salud” relacionadas a la atención prenatal incluyeron intervenciones (asesoramiento en nutrición, mediciones fetales, uso temprano de ultrasonidos y un mínimo de 8 controles prenatales) para ayudar

a prevenir los partos prematuros (4). Además de que en la atención prenatal también se brinda información, orientación, servicios de detección, atención preventiva y tratamiento para afecciones frecuentes como las infecciones urinarias que de no ser tratadas pueden afectar el bienestar del binomio madre-niño y desarrollar complicaciones propias de un embarazo no controlado (5,6).

No obstante, la realidad es diferente a lo esperado, muchas gestantes adolescentes no reciben estos servicios. Solo el 44% de las adolescentes de países de bajos ingresos y el 53% de medianos bajos ingresos recibe más de 4 controles prenatales, a diferencia del 81% de las adolescentes de ingresos medianos altos que reciben más de 4 atenciones prenatales (5,6).

Entre las barreras que limitan la asistencia a los controles prenatales reportadas en la literatura se encontró el desconocimiento del servicio, insatisfacción con el servicio y el trato del personal, condición socioeconómica baja, el nivel educativo bajo, la distancia de la vivienda al centro, el descuido personal, el desinterés, no contar con el permiso para asistir a los controles, el estado civil, no contar con apoyo familiar y no creer que fuera necesario (7,8).

En Latinoamérica, las barreras financieras, las dificultades geográficas, los problemas de acceso (necesidad de pedir permiso para ir al médico) y las barreras vinculadas a no querer ir sola al establecimiento de salud se asociaron con una menor probabilidad de completar los controles prenatales (9).

Así mismo, diversos estudios coinciden en que la falta de acceso al control prenatal debido a un nivel de educativo bajo, situación laboral, estado socioeconómico, ubicación de la vivienda, la falta de filiación al seguro, así como de otros factores actitudinales, contribuyen a la aparición de complicaciones obstétricas como lo es el parto prematuro (10,11).

A nivel nacional, según los datos del “Instituto Nacional de Estadística e Informática” (12), 14.9% de mujeres de 15 a 49 años de edad recibieron menos de 6 atenciones prenatales en su último embarazo. Agregado a ello, se reportó que las barreras para acceder a servicios de salud fueron: escasas de

medicamentos, ausencia de algún personal de salud, no querer ir sola, el transporte, lejanía y el costo. En otro sentido, Farfán (13) y Quiroz (14) demostraron que el inadecuado control prenatal guardó relación con el parto prematuro en gestantes adolescentes ($p < 0.05$). No obstante, no se hallaron estudios que relacionen directamente las barreras de acceso a la atención prenatal y el parto prematuro.

Por lo exteriorizado, surge la necesidad de ejecutar una investigación que analice la asociación entre estas variables en gestantes adolescentes, cuyo resultado sería de utilidad para dilucidar de mejor forma el panorama actual y dificultades que presenta esta población, para la elaboración de estrategias que permitan disminuir las disparidades que merma el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivo de las mujeres.

1.2. Formulación del problema

¿Existe asociación entre las barreras de acceso a la atención prenatal y parto prematuro en gestantes adolescentes según los estudios teóricos y empíricos publicados en la literatura científica durante los últimos 6 años?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Investigar si existe asociación entre las barreras de acceso a la atención prenatal y parto prematuro en gestantes adolescentes según los estudios teóricos y empíricos publicados en la literatura científica durante los últimos 6 años.

1.3.2. Objetivos específicos

Evaluar la asociación entre barreras de acceso geográfico y parto prematuro en gestantes adolescentes.

Precisar la asociación entre barreras de acceso administrativo y parto prematuro en gestantes adolescentes.

Evaluar la asociación entre barreras de acceso económico y parto prematuro en gestantes adolescentes.

Evaluar la asociación entre barreras de acceso cultural y parto prematuro en gestantes adolescentes.

1.4. Justificación

A nivel teórico, la investigación dilucidará y expondrá evidencia existente sobre la relación que disponen o no las barreras de acceso a la atención prenatal con el parto prematuro en gestantes adolescentes. Esto a su vez, recopila información sobre estudios que giran en torno a un grupo vulnerable, en el que distintos organismos a nivel nacional y mundial buscan constantemente elaborar o mejorar estrategias enfocadas al logro de su bienestar integral y cumplimiento de sus derechos.

Una revisión narrativa es uno de los métodos de investigaciones que facilita una comprensión más profunda de un tema en particular y permite proponer posibles enfoques de solución. El valor teórico de este estudio será útil para otros investigadores que busquen datos acerca del acceso de la salud a las adolescentes gestantes, sirviendo también para futuros estudios de temática similar que requieran antecedentes.

Agregado a lo mencionado, el presente estudio permitirá analizar la información cuyos resultados podrían ser considerados por los gestores en salud para el desarrollo de instrumentos de apoyo para los programas gubernamentales de salud sexual y reproductiva para las adolescentes basadas en evidencia. Y, de tal manera, abordar de forma eficaz el embarazo en la adolescencia.

Por otra parte, si bien el estudio incide en la importancia de la prevención del embarazo adolescente, en primera instancia, no puede dejarse de lado a las adolescentes que ya se encuentran gestando. La salud es el derecho fundamental que toda persona debe gozar, negar el acceso a una adolescente en gestación ha de considerarse un acto cruel e injusto, tomando en cuenta la población de riesgo en la que se encuentran y las consecuencias que repercutirán en su vida. En ese sentido, los implicados en la salud de los adolescentes y su entorno cercano, tienen un papel importante en el desarrollo futuro de la madre adolescente y su hijo, al ser quienes generarán las

condiciones necesarias para que la etapa del embarazo siga el curso esperado. Por tal, el estudio evidencia la necesidad de prestar atención especial en la mejora del acceso a los servicios de atención prenatal en los adolescentes, quienes demuestran diversas limitaciones para el logro de un embarazo sano y controlado.

A nivel práctico, el estudio será de utilidad para que los profesionales obstetras, quienes son los encargados de brindar este servicio, consideren desde la primera visita de atención prenatal barreras que pueden influir negativamente en el acceso al servicio, situación que merma la obtención de una atención materna de calidad, y se asocia a la presencia de complicaciones no solo maternas sino también perinatales y neonatales, o de consecuencias más graves como la muerte. Asimismo, se incide en el fortalecimiento de los servicios diferenciados de salud integral de adolescentes en los establecimientos de salud.

El presente estudio puede ser de utilidad para que los diferentes organismos nacionales como el Ministerio de Salud (MINSA), Ministerio de Educación (MINEDU) y gobiernos locales, de forma conjunta realicen intervenciones orientadas a mejorar el conocimiento de la población sobre los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes (como el área de planificación familiar y atención prenatal); eduquen sobre la importancia de acudir a los centros de salud, además de las repercusiones de no hacerlo; fortalezcan la relación y confianza con los trabajadores de salud; y, dispongan de organizaciones de apoyo a las gestantes adolescentes.

El estudio será de utilidad para las adolescentes que presenten barreras relacionadas a la distancia del centro, o el transporte, pues en ellas se podría buscar otras estrategias para que reciban los controles prenatales indicados, tales como visitas familiares del equipo de salud.

Por último, el estudio está en línea con los Objetivos del Desarrollo Sostenible propuestos, específicamente en torno a la búsqueda de disminuir las tasas de morbilidad materna. Además de esto, también se alinea con el objetivo

de disminuir la disparidad a través del acceso generalizado a los servicios de salud sexual y reproductiva.

1.5. Limitaciones

Durante el proceso de investigación se logrará identificar como una de las principales limitaciones para el desarrollo el no tener libre acceso a artículos científicos publicados en algunas revistas indexadas que cuentan con pago de membresía, limitando de esta manera la cantidad de evidencia científica recolectada para nuestra variable de estudio.

De igual forma habrá mucha evidencia científica que no podrá ser valorada por no estar publicada o por pertenecer a la literatura gris y estar publicada solo en un repositorio. Sin embargo, tratamos que toda la información recopilada en el estudio haya sido revisada por pares y así obtener información de calidad.

Por último, el diseño a aplicarse, que no es experimental, limitará establecer relación causa – efecto y sólo se podrá establecer una relación entre las variables.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Antecedentes Internacionales

Barros L. en Ecuador en el año 2021, realizó una investigación titulada “Factores asociados a la falta de control prenatal en América Latina y su relación con las complicaciones obstétricas”, identificaron los factores para falta de control prenatal y las complicaciones obstétricas. Fue una revisión sistemática y meta-análisis que incluyó 1718 registros, 86 fueron elegibles, 56 no fueron relevantes. Solo 30 cumplieron con el objetivo del estudio. Concluyó que ausencia de control prenatal está vinculada a la manifestación de complicaciones como el parto prematuro (10).

Hartmann et al., en México, en 2020, examinaron las desventajas sociales y su decisión de no utilizar los servicios de salud para recibir atención prenatal. Fue un estudio de enfoque mixto con análisis cuantitativo y cualitativo, en el que participaron 64 mujeres de 12 a 22 años. Como principales resultados obtuvieron 13% de las embarazadas manifestaron no haber recibido atención prenatal. La falta de atención prenatal fue más pronunciada en embarazadas por primera vez de entre 12 y 14 años (25%). Tres razones principales se identificaron para no acudir al control prenatal: la negativa de la pareja o de la familia política, el desconocimiento sobre los servicios de atención prenatal, y la percepción de la embarazada de que la atención prenatal no era necesaria (8).

Gualpa M. Ecuador, 2020, evaluaron el control prenatal y las complicaciones obstétricas asociadas. Fue una revisión sistemática que incluyó 25 artículos que cumplieron con los parámetros buscados. Se concluyó que el seguimiento prenatal materno puede prevenir las complicaciones obstétricas fundamentales, que incluyen la preeclampsia, lesiones perinatales, hemorragias, infecciones graves, atonía uterina y alumbramiento. En lo que respecta al bebé, el control prenatal reduciría el riesgo de parto prematuro (16).

Pacheco, M. en Ecuador, en el año 2020 realizó un estudio titulado “Factores que influyen en el control prenatal adecuado en embarazadas de 16 a 25 años” en un centro de salud de Ecuador, con el objetivo de identificar los factores que influyen en el control prenatal adecuado en embarazadas de 16 a 25 años de edad. La investigación fue de tipo cuali-cuantitativo, utilizaron una población de 85 embarazadas y un cuestionario como instrumento para la recolección de datos. En los resultados encontró que el inicio y la periodicidad del control prenatal de esta población era tardío y escaso. Evidenció también que el principal motivo de la inasistencia al control prenatal fue la falta de interés (34%) y que las adolescentes de zonas rurales tienen mayores barreras de acceso a este servicio (17).

Betancourt et al. en Venezuela, en el año 2019, realizaron un estudio titulado “Factores asociados a la no adherencia del control prenatal en gestantes”, determinaron los factores para no adherencia a la atención prenatal. La investigación fue de tipo transversal; y utilizaron una ficha de recolección de datos como instrumento para recabar información sobre la edad, educación, condición socioeconómica, etc. En los resultados obtuvieron que la mayoría tenía menos de 20 años de edad (40%) y su nivel de educación era secundaria (50%). Por otro lado, se evidenció que el inicio del control prenatal fue tardío (98%) y que las gestantes señalaron que las principales barreras que encontraron para acceder al servicio fueron la falta de dinero, dificultad para conseguir transporte y distancia al centro de salud. Cabe señalar también que se encontró que el conocimiento sobre el control prenatal de este grupo de estudio fue deficiente (64%) (18).

Tatal et al. en Colombia, en 2019, expusieron las condiciones de acceso a la atención prenatal. Fue un estudio descriptivo donde participaron 204 gestantes con edad gestacional entre 36 y 40 semanas. Como principales resultados obtuvieron que 16.2% fueron gestantes adolescentes, 50% tuvo un control prenatal deficiente (menos de 4 CPN). Entre las principales razones de la inasistencia al control prenatal, el trabajo fue la principal causa (24.7%), seguido de inestabilidad económica (23.8%). Agregado a ello, el 59.8% presentó dificultades relacionadas a la afiliación al seguro social (19).

Kassa et al. en Etiopía, en 2019, publicó un estudio cuyo objetivo fue evaluar los resultados neonatales adversos del embarazo adolescente. Fue un estudio observacional, en el que participaron 374 mujeres adolescentes (15-19 años) y 760 adultas (20-34 años). Como principales resultados obtuvieron que, a comparación de las mujeres adultas, las adolescentes tuvieron menor seguimiento prenatal (95.5% vs. 88%) y tuvieron un inicio tardío de este control. Por otro lado, las adolescentes tuvieron un mayor porcentaje de partos prematuros (14%). Las adolescentes del área rural demostraron un mayor porcentaje de parto prematuro, además, una mayor proporción de mujeres adolescentes que no asistieron a un control prenatal tuvieron un parto prematuro a comparación de las adultas (40.5% frente a 6.1%). Los factores que se asociaron a parto prematuro fue el embarazo adolescente ($OR_a=1.65$) y preeclampsia ($OR=2.59$). Mientras que el asistir a la atención prenatal fue un factor protector ($OR=0.83$) para parto prematuro (20).

Lora K, Heyaime N. en República Dominicana, en el año 2019, realizaron un estudio llamado “Factores de riesgo relacionados con amenaza de parto pretérmino en gestantes adolescentes que asisten al hospital Universitario Maternidad Nuestra señora de la Altigracia en el periodo de abril – agosto” determinaron los factores para amenaza de parto prematuro en adolescentes. Fue un estudio observacional que incluyó a 257 pacientes adolescentes. Los factores identificados fueron: infecciones urinarias (14.4%), vaginitis con alta frecuencia 32%, ruptura prematura de membranas 12.5%, la mayoría de gestantes se encontraba desempleada 78.2%, un 48.2% presentó de 3 a 4 controles y el 19.4 solo tuvo de 1 a 2 controles prenatales. Concluyeron que las complicaciones están presentes en la población de alto riesgo y que se enfatice en este grupo etario la importancia de la atención prenatal para poder diagnosticar a tiempo alguna complicación (21).

Antecedentes Nacionales

Llontop L y Mezones L. en Lambayeque, en 2023 desarrollaron un estudio con el objeto de evaluar los resultados perinatales en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Lambayeque. Fue un estudio transversal, retrospectivo, en el que incluyeron datos de 164 gestantes adolescentes.

Obtuvieron que el 54% se encontraba en la adolescencia media (14-17 años) y el 70% no tuvo un adecuado control prenatal. Las complicaciones maternas más frecuentes fueron rotura prematura de membranas (12%) y parto pretérmino (11%) (22).

Casimiro-Soriano et al. en Junin, en 2023 determinaron los factores para parto pretérmino en adolescentes. Fue un estudio de casos u controles, en el que se incluyeron 67 gestantes y 1344 controles entre 10 y 19 años. Se encontró que la edad de 10 a 14 años (OR=17.16), la ocupación ama de casa (OR=6.05) y tener menos de 6 controles prenatales (OR=10.476) fueron factores parto pretérmino en adolescentes (23).

Grace L., en Lima, en 2023 desarrolló un estudio que tuvo como objeto identificar los factores sociodemográficos y gineco obstétricos asociados al control prenatal inadecuado según los criterios MINSA (<6 CPN e inicio >3 meses) y criterios OMS (<8 CPN e inicio >3meses) en gestantes adolescentes peruanas. Fue un estudio retrospectivo y transversal, con una muestra de 3989 mujeres. Obtuvieron que la frecuencia de control prenatal inadecuado fue de 41,19% y 54,97% según criterios MINSA y OMS respectivamente. El no tener pareja, no tener seguro de salud durante la gestación, vivir en zona rural, ser multípara e iniciar relaciones sexuales en la adolescencia media se relacionaron con el control prenatal inadecuado, según criterios del MINSA y de la OMS (24).

Pintado G. en Perú, el año 2021, realizó un estudio titulado “Apoyo social percibido relacionado al inicio del control prenatal en gestantes del Centro de Salud Alto Trujillo”, cuyo objetivo principal fue determinar relación entre los factores socioculturales y control prenatal. La investigación fue de tipo correlacional y de corte transversal. La población estuvo conformada por un total de 218 gestantes que asistían a un centro de salud de Trujillo. Para la metodología se utilizó historias clínicas de las pacientes y un cuestionario de apoyo social con escala Likert para la recolección de datos. En los resultados se evidenció una relación significativa entre el apoyo social percibido y el inicio del control prenatal (CPN), con un total de 88 gestantes que contaban con un

apoyo social; es decir, casi el 58% de la población. Cabe señalar que solo el factor nivel educativo mostró relación estadística con ambas variables (apoyo social y CPN) (15).

Tenicela A. En Perú, en el año 2020, realizó un estudio titulado “Factores socioculturales relacionados al control prenatal en gestantes. Puesto de Salud Hualhuas - Huancayo, 2020”, cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre los factores socioculturales y el control prenatal en las gestantes de un centro de salud de Huancayo. La metodología de la investigación fue de tipo cuantitativa, correlacional y transversal. La muestra estuvo conformada por un total de 20 gestantes. Como instrumento de recolección de datos utilizó un cuestionario estructurado. En los resultados evidenció que la gran mayoría de las embarazadas presentaba los siguientes factores socioculturales: la espera por más de 20 minutos para CPN (60%), recibir apoyo familiar (65%), sin violencia intrafamiliar (55%). Además, encontró que 25% que no presenta CPN adecuado. Por último, demostró que sí existía una relación entre los factores socioculturales y el control prenatal (26).

Palomino J. en Piura, en el año 2019, la investigación titulada “Complicaciones Materno- Perinatales asociadas a la atención prenatal insuficientes en gestantes del hospital Cayetano Heredia Piura” identificó la asociación entre CPN insuficiente y complicaciones perinatales. Fue de cohorte e incluyó 196 gestantes de un total de 1331 atendidas en el año 2019. Se identificó que 24% de la población presentaba CPN insuficientes, La prematuridad representa 16%. Las infecciones urinarias fueron muy frecuentes en esta población con un 13%. La anemia estuvo presente en el grupo de atención prenatal insuficiente como suficiente con un porcentaje de 18% y 43% respectivamente. Concluyó que las complicaciones maternas como infecciones urinarias, anemia están asociadas a atenciones prenatales insuficientes (25).

Farfán K. en Lima, en 2019 identificaron los factores para parto pre término en gestantes adolescentes. Fue un estudio retrospectivo, de casos y controles, en el que analizaron 200 registros (100 adolescentes con parto a término y 100 con parto pretérmino). Como principales resultados obtuvieron que el control

prenatal inadecuado (OR= 1.6) se asoció con parto pretérmino en adolescentes (13).

2.2. Bases teóricas

Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS), menciona que la adolescencia es una etapa única y de formación. En este grupo de edad se considera a aquellos con edades entre 10 a 19 años (27). En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) considera como adolescentes a aquellos con edades comprendidas entre los 12 y 17 años, 11 meses y 29 días (28). La adolescencia es una etapa de vida caracterizada por diversos cambios psicosociales (29).

Embarazo adolescente

Es un problema de salud pública a nivel mundial, que repercute negativamente en el área sanitaria, social y económica. En el año 2019, hubo un registro de 21 millones de adolescentes de países con ingresos medianos bajos que se encontraban en estado de gestación (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio - económica". Este periodo abarca el rango de edades de 10 a 19 años y se puede subdividir en tres etapas: la primera, que corresponde a la adolescencia temprana, abarca edades de 10 a 13 años; la segunda, conocida como adolescencia media, incluye edades de 14 a 16 años; y finalmente, la tercera etapa, denominada adolescencia tardía, comprende edades entre 17 y 19 años (30).

En este sentido, se puede definir al embarazo adolescente como aquel que se presenta en mujeres que se encuentran en el rango de edad previamente mencionado. Este representa en la actualidad un problema de salud pública, ya que es considerado como una de las principales causas de muerte en mujeres de entre 15 a 19 años a nivel mundial (31).

Producto de la inmadurez fisiológica propia de la adolescencia, las adolescentes de 15 a 19 años tienen el doble de riesgo de morir por causas

relacionadas con el embarazo y un 50 % más de riesgo de muerte fetal en comparación con las mujeres de 20 a 29 años. Entre los factores asociados se encuentra el bajo nivel socioeconómico, estigmatización, falta de apoyo social, mala asistencia prenatal, tabaquismo y abuso de sustancias, mal estado nutricional y la misma etapa adolescente. Las complicaciones clínicas más frecuente en estas gestantes son preeclampsia, anemia, prematuridad y bajo peso al nacer. En términos sociales, conlleva a una continuación de la condición vulnerable, ya que restringe las oportunidades laborales y el acceso a ingresos adecuados, lo que a su vez contribuye a la persistencia de la pobreza y la marginación social (29,32).

En Latinoamérica, los casos de embarazos adolescentes están muy presentes en los núcleos familiares y se han visto en aumento en los últimos años, evidenciando así una falta de educación en temas de sexualidad a temprana edad y una falta de políticas de salud pública que ayuden a prevenir estos casos. En Perú, la proporción de mujeres jóvenes (de entre 15 y 19 años) que se encuentran o han estado embarazadas ha permanecido estable en torno al 13% durante las últimas dos décadas. De acuerdo con los hallazgos de la “Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES” el 13,4% de las adolescentes de 15 a 19 años se convirtieron en madres o experimentaron un embarazo por primera vez durante 2017 y esta cifra ha permanecido constante en los últimos 5 años. Asimismo, es importante mencionar que el embarazo adolescente en nuestro país está más presente en adolescentes con nivel de educación secundaria, en comparación con aquellas que tienen estudios superiores (33).

La atención prenatal en adolescentes se caracteriza por tener un abordaje interdisciplinario, ya que involucra no solo al profesional de salud; sino también a psicólogos, nutricionistas y abogados especializados en este tipo de casos. (34).

Se caracteriza también por una constante participación de la adolescente y su entorno familiar, por la confidencialidad, seguimiento del caso a nivel institucional, información y prevención sobre casos de violencia, etc. (34)

Entre los principales objetivos de la atención prenatal en adolescentes podemos mencionar los siguientes: (34)

- Identificar la manifestación de señales de advertencia, tanto biológicas como psicológicas y sociales, o enfermedades relacionadas que requieran un tratamiento.
- Prevenir y abordar complicaciones del embarazo.
- Fomentar el respaldo de la familia y la comunidad en el cuidado prenatal
- Fomentar una alimentación adecuada.
- Detectar el cáncer de cuello uterino y trastornos mamarios.
- Promover la salud reproductiva y la planificación familiar.
- Prevenir el tétano neonatal.
- Fomentar la lactancia materna.
- Planificar individualmente el parto

Atención Prenatal

Se define como los cuidados que se dan a una embarazada para vigilar la evolución de su gestación y brindar una adecuada preparación para el parto y la crianza. Puede recibir el nombre también de control prenatal, asistencia prenatal y consulta prenatal (35,36).

La Organización Mundial de la Salud (37), recomienda un mínimo de 8 atenciones prenatales para disminuir la morbilidad materno – perinatal. En el Perú, se define como el conjunto de intervenciones y procesos orientados hacia la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que podrían influir en la enfermedad y muerte de la madre y del recién nacido. Este enfoque facilita la detección de riesgos y anomalías durante el embarazo, tanto en la mujer gestante como en el feto(12).

El inicio temprano de la atención prenatal, es el que se da antes de las 14 semanas de gestación. Por el contrario, el inicio tardío de la atención prenatal, corresponde a la primera atención posterior a las 14 semanas de gestación (38).

En la guía de la Organización Panamericana de la Salud (35), se mencionan cuatro requisitos básicos: Debe darse de forma temprana, es decir, la primera consulta debe realizarse durante el primer trimestre de la gestación, lo que permitirá la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud; además, de la identificación temprana de los embarazos de riesgo. Debe ser periódico, según las semanas de gestación y el riesgo que presente, pues las gestantes de bajo riesgo requerirán como mínimo 8 controles a comparación de las gestantes de alto riesgo. Tiene que ser completo, las acciones realizadas en la atención deben estar basadas en la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. Y, por último, de amplia cobertura (35).

Grado de importancia hacia el control prenatal

El poco conocimiento acerca del control prenatal en adolescentes puede interferir en el acceso a este servicio. En algunos estudios se han recogido testimonios de adolescentes que señalan que la asistencia a las citas es por insistencia de los propios familiares o de la pareja. Por lo tanto, se llega a la conclusión de que los miembros de la familia participan en la toma de decisiones de los adolescentes con el objetivo de fomentar un embarazo saludable y prevenir posibles complicaciones para el futuro bebé (39).

Características

- **Precoz:** Es crucial iniciar la atención médica tan pronto se confirme el embarazo, preferiblemente antes de las 14 semanas (40).
- **Periódico:** Asegurar el seguimiento continuo de la mujer embarazada durante todo su periodo de gestación, cumpliendo con el requisito mínimo de recibir 6 consultas prenatales (40).

Hasta las 32 semanas: Mensual

Durante 32 – 36 semanas: Quincenal

Desde las 37 semanas: Semanal

- **Integral:** Debe hacerse un abordaje integral de la embarazada (40).
- **Amplia cobertura:** La atención en salud de la gestante se deberá garantizar de acuerdo con sus necesidades en los diferentes niveles de atención del sistema de salud (40).

Cabe señalar que para realizar una atención prenatal efectiva no se necesita de equipamiento o laboratorios sofisticados, pero sí es importante contar con una historia clínica donde se documente datos sobre la pacientes y los métodos que utilizará el personal médico para la detección de posibles complicaciones durante el embarazo (41).

Intervenciones

Entre las intervenciones brindadas a las gestantes en los controles prenatales se encuentran las nutricionales (suplemento de hierro y ácido fólico, suplemento de calcio, entre otras); la evaluación materna, para detectar anemia, bacteriuria, violencia de pareja, diabetes mellitus gestacional, consumo de tabaco, uso de sustancias y enfermedades infecciosas; atención odontológica; aplicación de vacunas; la evaluación fetal (estimación diaria del movimiento fetal, medición de la altura uterina, ecografía); detección y tratamiento de infecciones; medidas preventivas (antibióticos para bacteriuria sintomática, vacuna antitetánica); intervenciones ante síntomas fisiológicos comunes (náuseas y vómitos, acidez gástrica, calambres en las piernas, lumbalgia y dolor pélvico, estreñimiento, venas varicosas y edema)(37).

Atención prenatal durante la pandemia COVID 2019

Pallango P. (42) evidenció que las gestantes percibían que la pandemia del COVID-19 tenía un impacto representativo en la toma de decisión a la hora de asistir a sus controles prenatales. Muchas gestantes alegaron que el número de contagios en alza y el impacto económico de la pandemia eran uno de los motivos por los cuales no querían asistir a sus controles prenatales.

Las gestantes no controladas tienen cinco veces más posibilidades de tener complicaciones; no obstante, si son identificadas a tiempo, pueden ser tratadas oportunamente. A nivel nacional, la atención prenatal en los últimos cinco años, muestra una tendencia estable; más del 90,0% de mujeres tuvieron atención prenatal por un profesional de salud calificado (médico, obstetra y enfermera) (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2023).

Cuando se trata de una adolescente embarazada, se asegura la provisión de una atención completa y adaptada a sus necesidades específicas durante su embarazo, parto y recuperación posparto. La atención de la joven gestante debe proporcionarse en los servicios específicamente diseñados para atender a este grupo demográfico (28).

Se llevan a cabo al menos 2 visitas con el propósito de comprender el entorno social y familiar de la población adolescente, además de realizar un seguimiento de los riesgos identificados, como es el caso de las adolescentes embarazadas que han interrumpido su atención prenatal (28).

Por otro lado, es preciso mencionar que las gestantes adolescentes con frecuencia demuestran una atención prenatal inadecuada, en el que tienen muy pocos controles por iniciar tardíamente su atención o, en caso extremo, no tienen ninguna atención prenatal. Los retrasos en la búsqueda favorecen las complicaciones en el embarazo y aumentan el riesgo de morbilidad y mortalidad, tanto materna como fetal (32).

Periodicidad de la atención prenatal en adolescentes

El inicio de la atención prenatal debe ocurrir lo más temprano posible. Se considera un mínimo de 6 visitas prenatales para una adolescente embarazada, y un mínimo de 8 visitas en adolescentes menos a 15 años distribuidas en: (34)

- 1 APN antes de 14 ss.
- 2to APN: 14 - 21 ss.
- 2to APN: 22 - 24 ss.
- 4to APN: 25 - 32 ss.
- 5to APN: 33 - 36 ss.
- 6to APN: 37 – 40ss.

Dado el aumento potencial de enfermedades en este rango de edad, es viable aumentar el número y la regularidad de las consultas prenatales, en cuyo caso se ajustará a las regulaciones establecidas para la condición médica específica (34).

Primer Control

Para esta primera etapa, previo a la atención médica se tendrá interconsulta con consejería, psicología y asistencia social. La consulta médica durará 30 minutos aproximadamente y debe ser en presencia de los padres. Asimismo, esta se centrará en desarrollar la historia clínica del paciente considerando los siguientes puntos psicosociales (34):

- Retos para lograr un desarrollo psicosocial completo.
- Obstáculos para finalizar la educación y elegir una carrera.
- Dificultades para mantener el empleo y asegurar la estabilidad económica.
- Desafíos para formar una familia duradera.
- Solicitar prueba de glucosa entre las semanas 26 y 28.
- Estimulación prenatal desde las 12 semanas y la preparación psicoprofiláctica del parto desde las 22 semanas.
- Verificación de documentos importantes como el certificado de nacimiento, el documento nacional de identidad u otros.
- Orientación sobre el “Seguro Integral de Salud (SIS)”.

28 semanas:

- Evaluar la condición del feto.
- Monitorear los latidos cardíacos del feto.
- Indagar acerca de la presencia de movimientos fetales.

35 semanas:

- Medición interna de la pelvis y evaluación feto-pélvica en mujeres embarazadas por primera vez.
- Verificar la posición de encajamiento del feto.
- Reevaluar el estado general de la madre.
- Actualizar los exámenes auxiliares.
- Solicitar pruebas de bienestar fetal.
- Evaluar el riesgo quirúrgico y programar una cesárea electiva, si es necesario (34).

Barreras de acceso a la atención prenatal

Son factores que impiden el acceso equitativo a los servicios, medicamentos y tecnologías de salud (43). Estos pueden ser geográficos, culturales, administrativos y económicos.

Algunos de estos desafíos están relacionados con el aspecto financiero, que incluye los gastos médicos y de transporte, así como la pérdida de horas laborales; la capacidad insuficiente del personal médico para brindar atención adecuada en términos de calidad y tiempo; problemas organizativos en el sistema de salud, que incluyen la infraestructura; barreras culturales; dificultades geográficas para acceder a los servicios; la desconfianza en los beneficios del sistema de salud y la necesidad de atención médica; y la falta de promoción en las comunidades sobre la importancia de estos cuidados (35). Otras dificultades evidenciadas son la pobreza, labores propias del hogar, el trabajo, lejanía del centro asistencial, vivir en zonas remotas (36).

Se menciona que la forma en que las gestantes adolescentes embarazadas son tratadas por los trabajadores de la salud influye en su asistencia a la clínica. Si la experiencia es negativa (victimización; discriminación por quedar embarazada a una edad temprana; sentirse ignorado y excluido; falta de información sobre el embarazo, la salud y el parto), son acciones que repercuten en su asistencia a la atención prenatal (44).

Al identificarse varios obstáculos que afectan la recepción de una atención prenatal integral por parte de las mujeres, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha diseñado estrategias para reducir la morbilidad y mortalidad prevenibles. Estas incluyen la eliminación de disparidades en la calidad de los servicios de atención a la salud reproductiva, materna y neonatal, así como en el acceso a estos servicios. Además, se busca lograr la cobertura sanitaria universal para garantizar una atención completa en salud reproductiva, materna y neonatal. Se abordan todas las causas de mortalidad materna, morbilidad reproductiva, materna y discapacidades relacionadas. También se fortalecen

los sistemas de salud para recopilar datos de alta calidad que satisfagan las necesidades y prioridades de mujeres y niñas (36).

Varios estudios mencionan que hay diversas barreras, entre las que se destacan las personales, en las cuales el paciente reconoce la necesidad de buscar atención médica, lo que influye en la relación entre el servicio y las expectativas que tenía para recibir la atención. Además, se identifican barreras organizativas o de tipo asistencial, que se refieren a la postergación y los tiempos de espera debido a un mayor flujo de pacientes o una gestión inadecuada de los recursos. Por último, se encuentran las barreras socioculturales, que se relacionan con factores como el origen, el nivel educativo, la familia, entre otros (45).

A- Barreras de acceso geográfico

Para Vera y Sánchez la ubicación geográfica puede influir en la falta de cumplimiento de las consultas prenatales, ya que la distancia que deben recorrer hasta el centro médico puede ser un obstáculo. Se destaca que las personas que viven en áreas rurales deben desplazarse hacia zonas urbanas, donde se encuentran la mayoría de los centros de salud (46).

B- Barreras de acceso administrativo

De acuerdo a la literatura científica las principales barreras asistenciales percibidas por las gestantes adolescentes son el tiempo en la sala de espera, los horarios inadecuados y el no poder encontrar cita (47).

Disponibilidad de recursos humanos y materiales

La adherencia al CPN se puede ver dificultada debido al número de pacientes, falta de medicamentos, insuficiencia de insumos y de equipos. Todo esto provoca que haya poco tiempo de atención a la paciente y, por consiguiente, una falta de acceso a este servicio (48).

Actitud del personal de salud

Otra de las causas por las cuales las pacientes no acuden al control prenatal es por la mala actitud del personal médico. Igualmente, el trato institucional, la escasa satisfacción profesional y la poca capacitación técnico-científica son

factores que pueden jugar en contra de la accesibilidad a este servicio de salud. Otros estudios han recogido información de pacientes que señalan que hay una falta de comunicación y empatía por el personal médico, lo cual no las hace sentir segura de seguir asistiendo a los controles (48).

C- Barreras de acceso económico

Factores sociales como la situación económica desfavorable, la ubicación geográfica, la falta de respaldo familiar y el desempleo se consideran limitantes para el cumplimiento de la atención prenatal. Por ejemplo, las condiciones de pobreza en el Perú restringen el acceso a la atención prenatal para las mujeres embarazadas que viven en circunstancias desfavorables. Según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en 2017, el nivel de pobreza a nivel nacional en Perú fue del 21.7% de la población total. En relación al seguro de salud, el 82.3% de la población en situación de pobreza cuenta con algún tipo de seguro de salud, siendo el Seguro Integral de Salud-SIS (90.7%) el más común (49).

D- Barreras de acceso cultural

Hace referencia a las diferencias entre la cultura del "proveedor" y la de los usuarios de los servicios, lo cual restringe o complica el acceso de estos últimos a dichos servicios (39).

Temor o vergüenza al acudir a la cita

Se ha reportado experiencias de gestantes adolescentes que asisten al CPN y estas indican que suelen experimentar una sensación de desequilibrio a nivel personal, debido a que la noticia del embarazo les genera un fuerte impacto (39).

Las jóvenes manifiestan miedo al enfrentar esta realidad y al no saber cómo darla a conocer a sus padres, amigos y otras personas cercanas. Inclusive, algunas tienen percepciones subjetivas acerca de la reacción que tendrán sus familiares a la noticia, ya que piensan que reaccionarán con agresividad (39).

Por estas razones, es necesario que el personal de salud adquiera y demuestre habilidades en el ámbito humanístico, como establecer una conexión personal,

comunicarse con empatía y brindar un trato humanizado y personalizado, especialmente cuando las adolescentes requieren estos servicios de salud. Asimismo, deben reflexionar sobre las actitudes que toman al ofrecer este servicio, ya que muchas adolescentes tienen vergüenza de acudir a las citas por rechazo y lo ideal es que el personal médico tenga un rol facilitador para que la gestante se adapte a esta nueva condición de vida (39).

Nivel educativo

El nivel de educación juega un papel crucial en la toma de decisiones; según Vargas, hay una correlación entre el nivel educativo y el conocimiento del control prenatal en primigestas. El 41.3% de primigestas con educación secundaria mostraron una mayor comprensión del control prenatal en comparación con aquellas con educación técnica/superior (30.4%) y educación primaria (21.7%). La asociación fue significativa (50).

Entorno familiar

La familia es considerada un entorno fundamental donde la persona se desenvuelve y es responsable de fomentar un estilo de vida saludable. Por consiguiente, una mujer embarazada que proviene de una familia disfuncional puede experimentar una falta de apoyo familiar, lo que conlleva a privaciones materiales, incremento de eventos negativos en la vida, escasez de afecto, limitado nivel educativo y falta de acceso a la información. Por estas razones, el respaldo familiar resulta de suma importancia durante el embarazo, ya que promueve un cuidado prenatal adecuado y mejora el pronóstico para el futuro de la gestante (39).

La implicación de la pareja en la toma de decisiones durante la atención prenatal se ve influenciada por sus percepciones acerca de la paternidad. Las investigaciones indican que las parejas que asisten juntas a las consultas prenatales no pertenecen en su mayoría a los sectores más desfavorecidos, ya que la participación del hombre se relaciona con el estatus social y el nivel de educación. El apoyo afectivo de la pareja y la reacción que tenga este hacia el embarazo también puede influir en la asistencia al CPN. Algunos estudios han reportado que las gestantes adolescentes no reciben el apoyo adecuado por

parte de su pareja y que esto conlleva a un riesgo de control prenatal inadecuado (39).

Parto prematuro

Se le llama así al nacimiento que ocurre antes de completarse las 37 semanas o los 259 días de gestación, desde el primer día de la última menstruación (51). La Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) caracterizan el parto prematuro como aquel que ocurre entre la semana 22 y la semana 36.6 de gestación (52). Más del 90% de nacimientos prematuros se producen en los países en vías de desarrollo (53).

La Organización Mundial de la Salud lo clasifica según su edad gestacional en: prematuro extremo (menos de 28 semanas); muy prematuro (de 28 a 32 semanas) y, prematuro entre moderado y tardío (de 32 a 36 semanas con 6 días) (4). A nivel mundial, es causante principal de morbilidad neonatal con consecuencias sobre la maduración retiniana, pulmonar y neurológica. Las consecuencias serán más graves dependiendo de la edad gestacional al momento del nacimiento (54). Asimismo, la prematuridad es causa de defunción en los menores de 5 años (4).

Los niños prematuros que logran sobrevivir presentan secuelas derivadas de las complicaciones relacionadas con su nacimiento, tales como el síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrosante, entre otros (53). Los procesos que contribuyen al desarrollo de parto prematuro son la activación del eje hipotalámico hipofisiario suprarrenal materno, la infección intraamniótica; la hemorragia decidual o isquemia; la sobre distensión uterina; la disfunción del cuello uterino (55).

Los nacimientos prematuros pueden deberse a múltiples causas, aunque la mayoría ocurren de forma espontánea, otras se deben a razones clínicas como como infecciones u otras complicaciones del embarazo (4). Entre los factores asociados se encuentra el antecedente de parto prematuro, las edades extremas (adolescente o añosa), embarazos múltiples, hipertensión arterial; enfermedades maternas como infección del tracto urinario, vaginosis

bacteriana, enfermedad periodontal, entre otras (51). Por tal, la atención prenatal es pieza clave para disminuir la frecuencia de esta complicación.

Atención prenatal como prevención de parto prematuro

La atención prenatal brindada por los profesionales de la salud (en especial las Obstetras) permite proveer orientación y seguimiento a las gestantes que pueden presentar condiciones que favorezcan el término del parto antes de lo esperado. Por tal, la atención prenatal debe brindarse de forma integral, con la que se obtenga información clínica detallada, sin dejar de lado ningún aspecto, lo que se traducirá en mejores resultados maternos y neonatales (56)

2.3. Definición de términos

Adolescencia: El MINSA lo define como aquellas personas con edades entre los 12 y 17 años, 11 meses y 29 días (28).

Atención prenatal: conjunto de acciones de salud que reciben las gestantes cuyo propósito es prevenir complicaciones, y disminuir la incidencia de mortalidad materna y prenatal (57)

Factores de riesgo: cualquier particularidad o atributo relacionado con un individuo que, según la evidencia disponible, incrementa la probabilidad de padecer o reducir la incidencia de una enfermedad o lesión (58).

Embarazo: proceso fisiológico en el cual un feto se desarrolla en el útero de la mujer, termina cuando ocurre el parto, tiene una duración de 40 semanas o 9 meses aproximadamente (59).

Parto prematuro: es el término de la gestación que ocurre antes de completar las 37 semanas de gestación (23).

2.4. Formulación de hipótesis

Dado que se trata de una revisión narrativa, no se planteó ninguna hipótesis.

2.5. Metodología

2.5.1. Tipo y diseño de investigación

Revisión narrativa de artículos originales y revisiones que propone examinar y analizar investigaciones centradas en los obstáculos que dificultan el acceso a la atención prenatal y el parto prematuro en adolescentes embarazadas.

Se seleccionaron y evaluaron estudios publicados durante los últimos 6 años en revistas científicas que investigaron las barreras de acceso a la atención prenatal, parto prematuro en adolescentes y la asociación entre ambas variables. Se utilizaron una serie de términos para la búsqueda exhaustiva de estudios científicos, utilizando como herramientas revistas indexadas que gozan de gran prestigio académico y científico.

2.5.2. Definición de la pregunta

¿Cuál es la asociación entre barreras de acceso a la atención prenatal y parto prematuro en gestantes adolescentes?

Pregunta PICO

Población: Gestantes adolescentes

Intervención: Presencia de barreras de acceso

Comparación: Ausencias de barreras de acceso

Resultado: Parto prematuro

2.5.3. Criterios de selección para la valoración de los estudios

Criterios de inclusión

- Artículos científicos originales
- Estudios cualitativos
- Revisiones sistemáticas y metaanálisis.
- Estudios en español e inglés.
- Estudios con 6 años de antigüedad (2018 – 2023)
- Estudios que reporten resultados sobre barreras de acceso geográfico, administrativo, económico y cultural, así como parto prematuro en gestantes adolescentes.

Criterios de exclusión

- Estudios publicados en forma de resumen o aquellos que tienen limitaciones de acceso
- Investigaciones de series de casos, reseñas teóricas y libros, trabajos de tesis.
- Publicaciones de sociología, letras e ingeniería

2.5.4. Estrategia de búsqueda

Se procedió a realizar la búsqueda de investigaciones utilizando diversas bases de datos, incluyendo: PubMed, ScienceDirect, ProQuest, Scielo, Dialnet y BVS – Biblioteca Virtual de Salud. Para facilitar esta búsqueda, se utilizaron operadores booleanos (AND y OR) junto con un conjunto de términos en inglés y español. La terminología de búsqueda empleada fueron términos MESH (Medical Subject Headings) y DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud).

Los descriptores seleccionados para cada base de datos fueron:

PubMed: Health Services Accessibility AND Adolescent AND Pregnancy

ScienceDirect: Health Services Accessibility AND Adolescent AND Pregnancy AND Premature Birth

ProQuest: Health Services Accessibility AND Adolescent AND Pregnancy AND Premature Birth

Scielo

Español: Acceso a los Servicios de Salud AND embarazo AND adolescente

Inglés: Health Services Accessibility AND Adolescent AND Pregnancy

Dialnet

Español: Acceso a los Servicios de Salud AND embarazo AND adolescente

Inglés: Health Services Accessibility AND Adolescent AND Pregnancy

2.5.5. Proceso de recopilación de datos

Se creó un formato específico en una hoja Excel para recopilar información, que incluyó el título, autor, medio (revista), año. En situaciones donde hubo duplicación de publicaciones o múltiples informes del mismo estudio, se gestionó la extracción de información de manera óptima utilizando la opción "Datos – Quitar duplicados", utilizando los datos más fiables y completos disponibles para todos los aspectos del estudio. El proceso no se encontró con restricciones.

Para poder ordenar los artículos seleccionados se consideraron los siguientes documentos:

- **Ficha de registro de estudios:** Documento donde se recolectaron los títulos, autores, revista y año encontrado para la determinación de los artículos duplicados.
- **Ficha de caracterización de estudios:** En este documento se procedió a la evaluación y aplicación de los criterios de inclusión y exclusión a través de la revisión minuciosa.

2.5.6. Procedimientos

Para el desarrollo del presente estudio se consideraron las siguientes etapas:

- **Etapas I - Proyecto:** Se eligió un tema de estudio y la metodología a desarrollar, el cual fue aprobado por el asesor, quien estuvo pendiente del avance, redacción y corrección del proyecto. Esta fase finalizó al conseguir la Resolución del Decano (RD).
- **Etapas II - Selección:** Tras la aprobación del proyecto, se procedió a la búsqueda de la literatura científica que se ajustara a los criterios de selección y las variables establecidas. Toda la literatura científica fue registrada en una base de datos, para la selección de estudios aptos para el presente estudio.
- **Etapas III - Datos:** Se evaluaron los estudios y luego de seleccionarlos, se extrajo la información necesaria para ser registrado en otra base de datos.

- Etapa IV - Informe final: Por último, se llevó a cabo el registro de los resultados y la redacción del informe final, que incluyó las discusiones, conclusiones y agradecimientos. Esta fase concluirá con la presentación de la investigación realizada y su publicación en una revista científica.

2.5.7. Análisis de datos

El análisis se realizó centrándose en las variables del estudio; barreras para la atención prenatal y parto prematuro.

Después de ordenar todo el material científico encontrado en nuestras fichas de registro se dispuso de una gran masa de datos.

Cada estudio fue minuciosamente elegido y registrado en tablas para tener más orden. De esta manera se obtuvieron una tabla independiente final con los estudios seleccionados para la presente investigación.

2.5.8. Consideraciones éticas

Dado que el estudio es una revisión narrativa, no participaron individuos; se realizó un análisis de artículos científicos sobre el tema, respetando los derechos de propiedad intelectual, obteniéndose conclusiones acerca del parto prematuro y las barreras de acceso a la atención prenatal. Además, por el tipo de estudio no fue necesaria la aprobación del comité de ética, tampoco el brindar consentimiento informado.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

3.1. Resultados de la revisión de artículos publicados en la literatura científica

3.1.1. Esquema del proceso de búsqueda y selección de artículos

Diagrama de flujo para el mapeo de estudios identificados, incluidos y excluidos

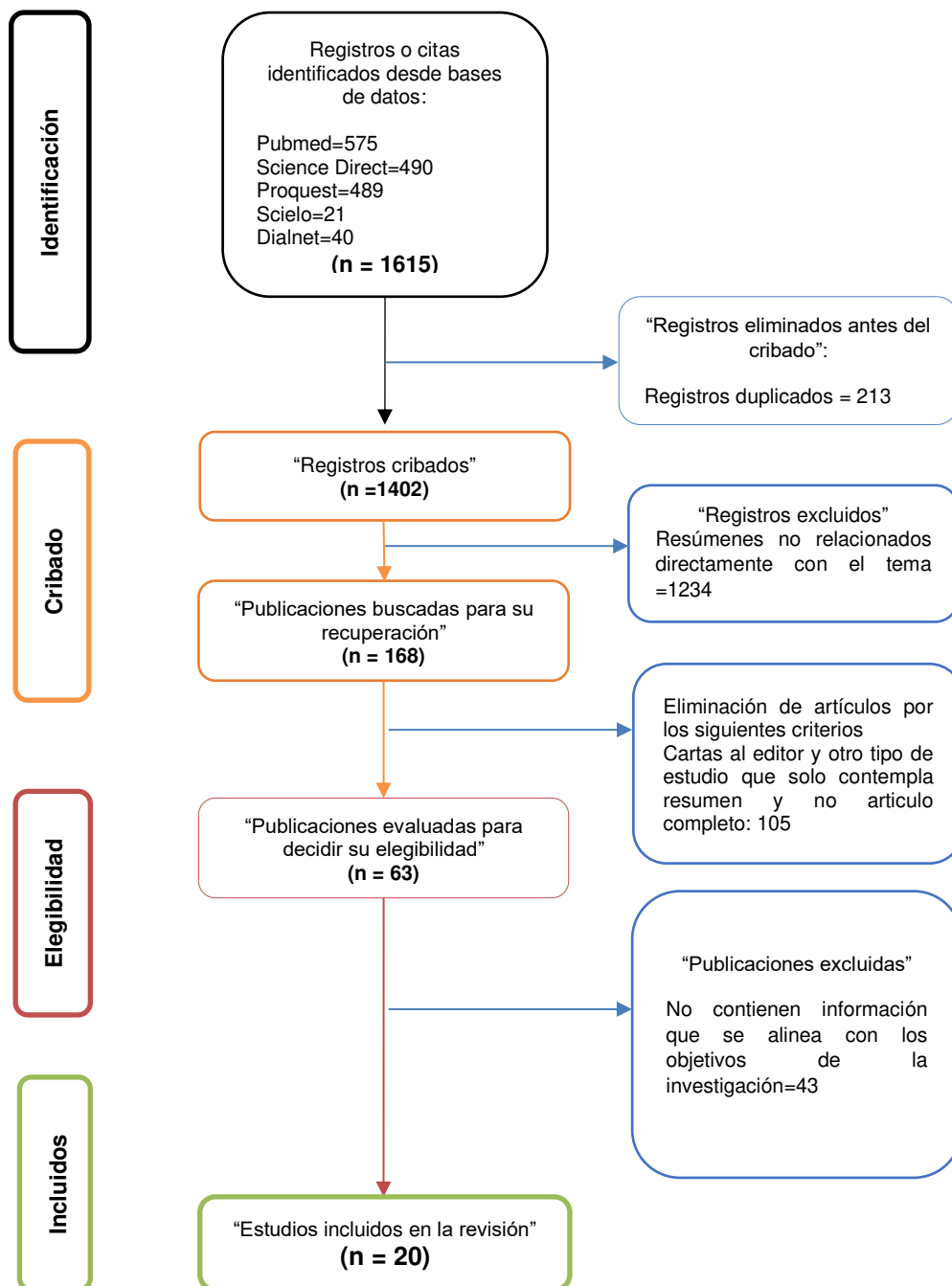


Figura 1. Diagrama de flujo de la revisión narrativa

La figura 1 muestra el diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica realizada. Se encontraron 1615 resultados, de ellos 213 investigaciones fueron eliminadas por ser artículos repetidos. Una segunda eliminación se dio por ser resúmenes no relacionados directamente con el tema, se retiraron 1234 estudios. Se descartaron 105 estudios por ser cartas al editor y otro tipo de estudio que solo contempla resumen y no artículo completo. Finalmente se descartaron 43 investigaciones pues no contenían información que se alineara con los objetivos de estudio. Se seleccionaron 20 artículos para la investigación.

Tabla 1. Ficha de registro de estudios

ID	Título	Autor	Medio (Revista)	Año
1	Factores de riesgo maternos asociados a parto prematuro en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo año 2018 al 2019, Lima - Perú	Murguia-Ricalde et al. (55)	Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal	2021
2	Perceived Barriers in Accessing Health Care and the Risk of Pregnancy Complications in Indonesia	Rizkianti et al. (60)	International journal of women's health	2021
3	Factores asociados a la falta de control prenatal en América Latina y su relación con las complicaciones obstétricas	Barros et al. (10)	Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión	2022
4	The role of distance and transportation in decision making to seek emergency obstetric care among women of reproductive age in south-South Nigeria: A mixed methods study	Ekpenyong et al. (61)	International Journal of Gynecology & Obstetrics	2022
5	Pregnant adolescents who experienced premature birth: perceptions about prenatal care	Montelatto et al. (62)	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	2021
6	Narratives on why pregnant women delay seeking maternal health care during delivery and obstetric complications in rural Ghana	Sumankuuro et al. (63)	BMC Pregnancy Childbirth	2019

ID	Título	Autor	Medio (Revista)	Año
7	Características de las adolescentes embarazadas de un área de salud	Muguercia et al. (64)	Rev Cubana Med Gen Integr	2020
8	Actuación de enfermería y complicaciones asociadas al embarazo adolescente en un hospital de El Oro	Pavón-Paladinez et al. (65)	Polo del ConocimientoRevista científico - profesional	2020
9	Driving Factors of Preterm Birth Risk in Adolescents	Perez et al. (66)	American journal of perinatology reports	2020
10	Nutritional service needs of pregnant and lactating adolescent girls in Trans-Mara East Sub-County, Narok County: focus on access and utilization of nutritional advice and services	Okeyo et al. (67)	BMC Pregnancy Childbirth	2019
11	Needs and Barriers of Teen Mothers in Rural Eastern Uganda: Stakeholders' Perceptions Regarding Maternal/Child Nutrition and Health	Nabugoomu et al. (68)	Int J Environ Res Public Health	2018
12	Maternal health service utilisation of adolescent women in sub-Saharan Africa: a systematic scoping review	Mekonnen et al. (69)	BMC Pregnancy Childbirth	2019
13	Utilization of Maternal Healthcare Services among Adolescent Mothers in Indonesia	Gayatri et al. (70)	Healthcare (Basel)	2023
14	Adolescent Pregnancy Outcomes and Risk Factors	Diabelková et al. (71)	Int J Environ Res Public Health.	2023

ID	Titulo	Autor	Medio (Revista)	Año
15	A mixed reception: perceptions of pregnant adolescents' experiences with health care workers in Cape Town, South Africa	Sewpaul et al. (44)	Reproductive Health	2021
16	The Association Between Adequate Prenatal Care and Severe Maternal Morbidity Among Teenage Pregnancies: A Population-Based Cohort Study	Nam et al. (72)	Front. Public Health	2022
17	Association between inadequate antenatal care utilisation and severe perinatal and maternal morbidity: an analysis in the PreCARE cohort	Linard et al. (73)	BJOG	2018
18	Preterm birth, unplanned hospital contact, and mortality in infants born to teenage mothers in five countries: An administrative data cohort study	Harron et al. (74)	Paediatric and Perinatal Epidemiology	2020
19	Maternal residential area effects on preterm birth, low birth weight and caesarean section in Australia: A systematic review	Bizuayehu et al. (75)	Midwifery	2023
20	Determinants of preterm birth among mothers who gave birth at public hospitals in the Amhara region, Ethiopia: A case-control study	Woday et al. (76)	PLoS One	2019

3.1.2. Caracterización de los artículos

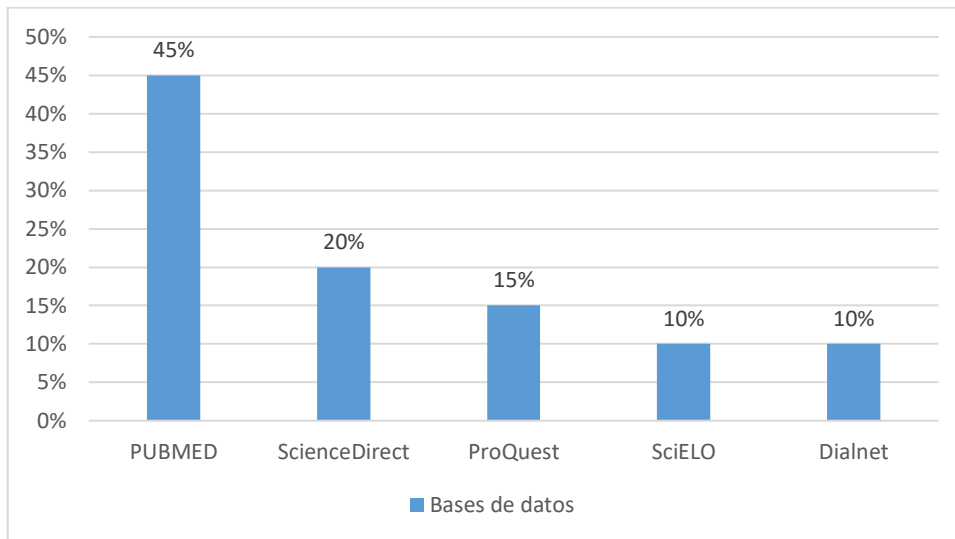


Figura 2. Artículos por bases de datos

En la figura 2 se presentan los artículos incluidos en la investigación separados según base de datos. Se puede apreciar que de las 20 investigaciones que constituyen el total, un 45% proviene de PUBMED. Le sigue ScienceDirect con 20% y Proquest con 15%, Mientras que Scielo y Dialnet, ambas presentan un 10%.

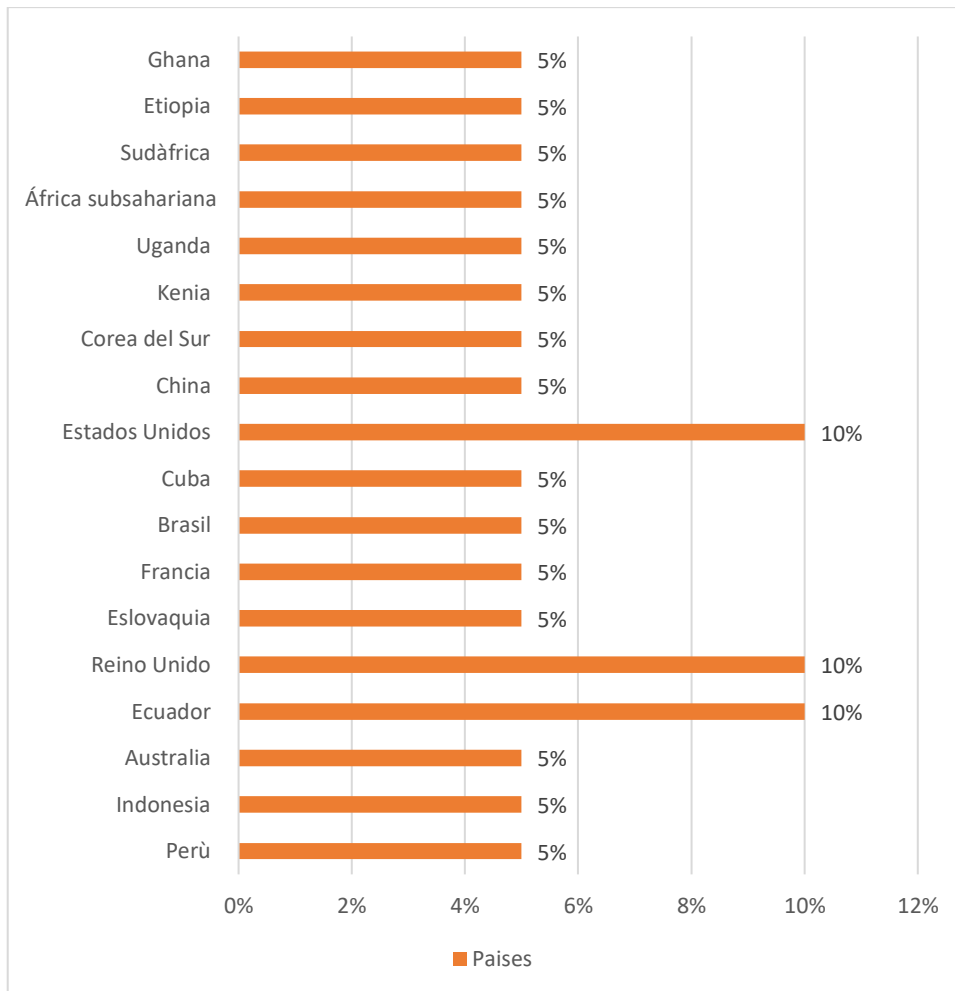


Figura 3. Artículos por país donde se ejecutó el estudio

En la figura 3 se observa que 10% de los estudios incluidos fueron publicados en Estados Unidos, Reino Unido y Ecuador, respectivamente. Los restantes provienen de países como: Ghana, Etiopia, Sudáfrica, África Subsahariana, Uganda, Kenia, Corea del Sur, China, Cuba, Brasil, Francia, Eslovaquia, Australia, Indonesia y Perú.

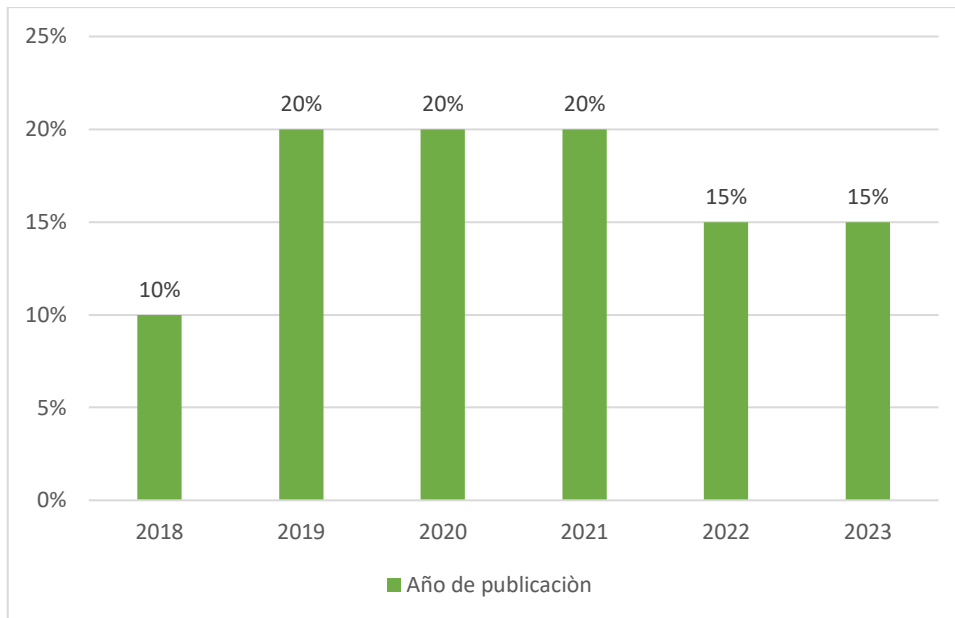


Figura 4. Artículos por año de publicación

En la Figura 4, se puede apreciar que el 20% de los artículos incorporados fueron publicados tanto en 2021 como en 2020 y 2019. A esto le sigue el año 2022 y 2023 ambos con un porcentaje de 15%, y el año 2018 con un 10%.

3.1.3. Síntesis de resultados

Tabla 2. Síntesis de resultados barreras de acceso geográfico y parto prematuro

ID	Autor	País	Diseño	Resultado
1	Pavón-Paladinez et al. (65)	Ecuador	Cuantitativo, descriptivo y transversal	Presenta como resultados las principales complicaciones relacionadas al embarazo en adolescentes, incluyendo el parto pretérmino, así como la procedencia de la gestante, que en un 34% fue rural, lo que podría haberse relacionado con los eventos adversos presentes.
2	Muguercia et al. (64)	Cuba	Cuantitativo, descriptivo y transversal	Brinda información sobre las características de la gestante adolescente, incluyendo el inicio del control prenatal; que fue mayormente en el segundo y tercer trimestre de gestación lo que generó complicaciones posteriores.
3	Barros et al. (10)	Ecuador	Revisión sistemática, metaanálisis	Los resultados situaron a las barreras de accesibilidad y a la discontinuidad de los servicios como factores vinculados a la insuficiente atención prenatal tanto en mujeres embarazadas adolescentes como adultas. Además, establecieron una relación entre esta variable y la presencia de partos prematuros.

4	Murguia-Ricalde et al. (55)	Perú	Cuantitativo, analítico de casos y controles, retrospectiva	Se incluye información sobre los factores asociados al parto prematuro en gestantes como los limitantes de acceso a la atención prenatal y a cada uno de los avances en sexualidad y reproducción
5	Rizkianti et al. (60)	Indonesia	Cuantitativo, analítico y transversal	Los autores coincidieron y reportaron una elevada probabilidad de trabajo de parto prematuro y otras complicaciones en mujeres embarazadas indonesias de edades comprendidas entre los 15 y 49 años. Estas complicaciones están asociadas a obstáculos de tipo físico, cultural y económico que dificultan su acceso a la atención médica.
6	Ekpenyong et al. (61)	Nigeria	Diseño metodológico mixto (diseño cuantitativo y cualitativo)	Resaltaron el impacto de las barreras geográficas en la búsqueda de atención obstétrica de emergencia en mujeres de 15 a 49 años, así como la aparición de complicaciones que incluyen partos prematuros, trabajo de parto obstruido, hipertensión arterial, y distrés fetal, entre otras.
7	Nabugoomu et al. (68)	Uganda	Cualitativo	Se mencionó que los caminos resbaladizos durante la temporada de lluvia, así como el recorrer largas distancias representan una barrera de acceso a los establecimientos de salud.

8	Bizuayehu et al. (75)	Australia	Revisión sistemática	Informaron que el parto prematuro fue más probable entre las adolescentes de áreas rurales que de zonas urbanas. Identificaron que las adolescentes de territorios rurales tenían el doble de riesgo para parto prematuro en comparación a aquellas de zonas urbanas (ORa: 2.09; IC 95 %: 1.20–3.64).
9	Woday et al. (76)	Etiopia	Analítico de casos y controles	Mencionaron que el residir en áreas rurales se asoció a parto prematuro (ORa= 2.99; IC 95%: 1.19 – 7.48). Una menor edad materna también se asoció a esta variable (ORa: 3.47; IC 95%: 1.11 – 10.83), así como no tener ninguna atención prenatal (ORa: 10.78; IC 95%: 4.43 – 26.25).

En la tabla 2 se puede apreciar que de los 20 artículos elegidos en 9 se encontró información sobre barreras de acceso geográficos y parto prematuro. En África y América destacaron por desarrollar estudios relacionados a la investigación. Se ha identificado relación entre el residir en áreas rurales y el parto prematuro en adolescentes gestantes, el mayor OR identificado fue de 2.99; IC 95%: 1.19 – 7.48).

Tabla 3. Síntesis de resultados barreras de acceso administrativo y parto prematuro

ID	Autor	País	Diseño	Resultado
1	Montelatto et al. (62)	Brasil	Estudio cualitativo	Notificaron la existencia de una conexión entre la calidad deficiente de la atención médica y la ocurrencia de partos prematuros en un conjunto de jóvenes embarazadas de Brasil. Estas adolescentes relataron que la atención recibida durante el período prenatal estuvo caracterizada por carencias informativas, además de estar impregnada de estigmatización y juicios. Estos factores desviaron el enfoque de cuidado, lo que finalmente resultó en la falta de asistencia adecuada y en el desarrollo de complicaciones obstétricas.
2	Okeyo et al. (67)	Kenia	Estudio cuali-cuantitativo	Se observó una inadecuada suplementación, en adolescentes gestantes, lo que implicó un inadecuado asesoramiento prenatal que podría interferir en el bienestar materno. Se especificó que el acceso inadecuado a información nutricional durante el control prenatal podría relacionarse con parto prematuro, anemia y el bajo peso al nacer. Las enfermeras fueron las principales proveedoras de atención prenatal, específicamente nutricional (55.2%). Las principales fuentes de información en gestantes adolescentes fueron los dispensarios de medicamentos (67.2%). La distancia a las instalaciones estuvo entre 1 a 5 km (67.2%), lo que fue significativamente mayor que la frecuencia esperada del 25% ($p < 0.01$). El método más

				frecuente para transmitir información fue cara a cara (87.2%).
3	Nabugoomu et al. (68)	Uganda	Cualitativo	Entre las barreras para el acceso a los establecimientos de salud mencionaron: la presentación tardía del personal médico, trato poco amable del prestador de servicio de salud, largas colas de espera para la atención, falta de ropa de maternidad y dificultad para obtener materiales para el parto.
4	Sewpaul et al. (44)	Sudáfrica	Cualitativa	Las adolescentes embarazadas informaron un trato injusto al visitar los establecimientos de salud. Se describió que los profesionales de salud fueron desagradables y tuvieron un comportamiento grosero y ofensivo. Las usuarias informaron temor al realizar preguntas relacionadas al embarazo por un posible rechazo.
5	Nam et al. (72)	Corea del Sur	Analítico de cohorte	Las adolescentes embarazadas con atención prenatal inadecuada presentaron un mayor riesgo de morbilidad materna grave incluyendo el parto prematuro (RR: 1.82, IC 95%: 1.39–2.37).
6	Linard et al. (73)	Francia	Analítico de cohorte	Identificaron que 34.6% de gestantes adolescentes tuvieron un inadecuado control prenatal, 17% iniciaron las atenciones después de las 14 semanas de gestación y 21.6% no tuvo una ecografía en el primer trimestre. El parto prematuro (<32 semanas) se presentó en 1.11% de pacientes. Se encontró asociación entre una tasa de consultas prenatales inferior a lo recomendado y la presencia de

				morbilidad materna (ORa: = 2.40; IC 95%: 1.38–4.17) y perinatal (ORa: = 2.33; IC 95%: 1.47–3.69)
7	Harron et al. (74)	Reino Unido	Analítico de cohorte	Señalaron que en todos los países incluidos las adolescentes experimentaron una mayor tasa de partos prematuros además de una atención prenatal ineficiente y mayores visitas al servicio de urgencias. Además, los recién nacidos de madres adolescentes tenían entre 1.37 y 1.56 veces más probabilidades de tener ≥ 1 ingreso no planificado en comparación con las madres de 30 a 34 años.

En la tabla 3 se aprecia que de los 20 artículos incluidos 7 informaron sobre barreras de acceso administrativo y parto prematuro. Se encontró relación entre una atención prenatal inadecuada y el parto prematuro (RR: 1.82, IC 95%: 1.39–2.37). Así como entre el número de atenciones prenatales y morbilidad materna (ORa: = 2.40; IC 95%: 1.38–4.17) además de perinatal (ORa: = 2.33; IC 95%: 1.47–3.69).

Tabla 4. Síntesis de resultados barreras de acceso económico y parto prematuro

ID	Autor	País	Diseño	Resultado
1	Barros et al. (10)	Ecuador	Revisión sistemática, metaanálisis	Establecieron una relación entre las barreras económicas de acceso y la incidencia de partos prematuros.
2	Ekpenyong et al. (61)	Nigeria	Diseño metodológico mixto (diseño cuantitativo y cualitativo)	Especificaron que el elevado costo del transporte podría disminuir la asistencia a las consultas prenatales. Además, la carencia de recursos médicos y el consiguiente gasto de bolsillo en medicamentos o pruebas de laboratorio también fueron identificados como factores. Es importante destacar que el grupo de estudio estaba compuesto mayoritariamente por estudiantes y mujeres desempleadas con ingresos mensuales limitados.
3	Gayatri et al. (70)	China	Estudio analítico	La edad (OR 2.43; IC 95 % 1.12–5.29) y los bajos ingresos (OR 2.01; IC 95 % 1.00–4.04) se asociaron con mayores atenciones prenatales entre las adolescentes. Mencionaron que las adolescentes de bajos ingresos tuvieron más del doble de probabilidades de

				realizar cuatro o más visitas de atención prenatal en comparación a las madres adolescentes que cuentan con ingresos moderados. Refirieron también que las adolescentes de ingresos elevados tuvieron más del doble de posibilidades de optar por un lugar de parto moderno en comparación con aquellas con ingresos más bajos (OR 2.06; IC 95% 1.12–3.79).
--	--	--	--	---

En la tabla 4 se observa que de los 20 estudios incluidos 3 presentaron datos sobre barreras de acceso económico y parto prematuro. Se informó que existe asociación entre un bajo ingreso económico y la atención prenatal (OR 2.01; IC 95 % 1.00–4.04); así como un ingreso elevado y el optar por un lugar de parto moderno (OR 2.06; IC 95% 1.12–3.79), situación que podría intervenir en la presencia de complicaciones maternas y perinatales como el parto prematuro.

Tabla 5. Síntesis de resultados barreras de acceso cultural y parto prematuro

ID	Autor	País	Diseño	Resultado
1	Sumankuuro et al. (63)	Ghana	Estudio cualitativo	Destacaron la relevancia de las barreras culturales y su vínculo con las complicaciones obstétricas, incluido el parto prematuro. En este contexto, la limitada autonomía de las madres influyó en el retraso de la atención prenatal y la búsqueda oportuna de ayuda, ya que esperaban obtener permiso de sus parejas u otros familiares. Además, muchas de ellas experimentaron vergüenza debido a embarazos no planificados, lo que las llevó a evitar o posponer sus revisiones médicas.
2	Montelatto et al. (62)	Brasil	Estudio cualitativo	Mencionó que las adolescentes enfrentan una exposición constante a la discriminación y la crítica. Además, numerosos profesionales insisten en que acudan a las instalaciones médicas acompañadas por un adulto, lo que reduce su autonomía. Estas circunstancias podrían llevarlas a buscar apoyo en fuentes inapropiadas, como Internet, familiares o amigos.
3	Mekonnen et al. (69)	África subsahariana	Revisión sistemática	Consideraron que la educación de la mujer era un factor importante para el acceso al control prenatal, las adolescentes con un nivel educativo más alto eran más

				propensas a buscar atención prenatal en comparación a aquellas con un grado de instrucción menor. Además, también se reveló que el temor de revelar el embarazo y la falta de dinero también influyeron en el acceso a la atención prenatal.
4	Diabelková et al. (71)	Eslovaquia	Estudio analítico	Identificaron que 75.9% de adolescentes embarazadas tuvieron menos de 8 atenciones prenatales. Ellas presentaron una mayor probabilidad de tener un menor nivel educativo (OR = 16.8; IC 95% = 11.5–24,6; p < 0.001) y de visitar a un profesional de salud después del primer trimestre (OR = 0.3; IC 95 % = 0.2 - 0.3; p < 0.001). Además, presentaron una mayor prevalencia de parto prematuro (p=0.004).

En la tabla 5 se observa que de los 20 estudios incluidos 4 presentaron información sobre barreras de acceso cultural y parto prematuro. Se determinó que las adolescentes con menos de 8 atenciones prenatales tenían más probabilidad de tener un menor nivel educativo (OR = 16.8; IC 95% = 11.5–24,6; p < 0.001), además de presentar una mayor prevalencia de parto prematuro (p=0.004).

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

El embarazo adolescente se ha transformado en un fenómeno de alcance mundial, que lastra la vida de millones de niñas entre 10 y 19 años (64), y que acrecienta las tasas de morbilidad materna y de muerte neonatal (65). Este escenario usualmente se vincula a la inmadurez biológica del entorno hormonal ginecológico, que puede mediar el riesgo de complicaciones obstétricas, como parto prematuro (55,66).

Sobre la base de dicha información, se puede inferir que el origen del parto prematuro es idiopático; sin embargo, la evidencia científica ha descrito una serie de factores que podrían precipitar el evento (55), como las barreras de acceso a los servicios de atención prenatal y a cada uno de los avances en sexualidad y reproducción (77).

Barros et al. (10) estuvieron de acuerdo con lo expuesto en el acápite anterior, pues al sintetizar los resultados de diferentes estudios empíricos (revisión sistemática y de meta-análisis) posicionaron a las barreras de accesibilidad y continuidad de los servicios como determinantes relacionados a la falta de atenciones prenatales en grávidas adolescentes y adultas de América Latina, y relacionaron a dichos factores con las siguientes complicaciones obstétricas: parto prematuro, infecciones, anemia, hipertensión arterial, desgarros perineales, hemorragias y alumbramiento incompleto. Rizkianti et al. (60) concordaron e informaron una mayor probabilidad de trabajo de parto prematuro u otras complicaciones en gestantes indonesias de 15 a 49 años que enfrentan barreras físicas, culturales y financieras para acceder a la atención médica. Por su parte, Portilla (78), en Ecuador, reportó que las adolescentes embarazadas no acudían a sus atenciones prenatales por la presencia de barreras de acceso geográfico (distancia del establecimiento de salud), administrativo (dificultades para conseguir una cita, atención deficiente) y económico; además elaboró un plan de intervención abocado a la reducción de todos aquellos aspectos que limiten el cumplimiento de las entrevistas o visitas programadas de las gestantes, a fin de aminorar las complicaciones maternas (parto prematuro, aborto espontáneo, ruptura prematura de membranas, desprendimiento de placenta, entre otros) y fetales. Bizuyehu et al. (75) informaron que las adolescentes de zonas rurales tenían el doble

de riesgo para parto prematuro en comparación a aquellas adolescentes de zonas urbanas. Woday et al. (76) respaldaron estos hallazgos.

Mientras que Okeyo et al. (67), en Kenia notaron una falta de suplementación adecuada en adolescentes embarazadas, lo que sugiere que no recibieron el asesoramiento prenatal necesario, lo cual podría afectar la salud de la madre. Se indicó que la falta de acceso adecuado a información sobre nutrición durante las visitas de control prenatal podría estar vinculada con un mayor riesgo de parto prematuro, anemia y bajo peso al nacer. Nabugoomu et al. (68) identificaron diversos obstáculos que dificultan la capacidad de acceder a los servicios de atención médica entre gestantes adolescentes, tales como la demora en la atención por parte del personal médico, el trato poco amigable del personal de salud, largas esperas en filas para recibir atención, la ausencia de prendas de maternidad y la dificultad para obtener suministros necesarios para el parto. Mekonnen et al. (69) indicaron que el temor de revelar el embarazo y la falta de dinero también influyeron en el acceso a la atención prenatal entre gestantes adolescentes.

Estos estudios ratifican el vínculo entre las barreras de acceso a la atención prenatal y el parto prematuro, quizás porque las dificultades u obstáculos que se interponen para negar, dilatar o no prestar servicios, abren paso a la ausencia o falta de periodicidad de atenciones médicas y no permite al especialista prevenir, diagnosticar o tratar posibles problemas de salud, y por tanto lograr un parto sin riesgos o complicaciones (10). En ese marco, es crucial analizar a fondo dichas barreras y su asociación al nacimiento que se produce antes de las 37 semanas.

Ekpenyong et al. (61) destacaron la influencia de las barreras de acceso geográfico sobre la búsqueda de atención obstétrica de emergencia en mujeres de 15 a 49 años y la emersión de complicaciones, como parto prematuro, trabajo de parto obstruido, hipertensión arterial, distrés fetal, entre otros. La distancia al establecimiento de salud, falta de transporte, tráfico, carreteras inadecuadas y medios de transporte (a pie, motorizado) fueron algunos de los obstáculos; sin embargo, estos autores también manifestaron que la asistencia al control prenatal fue mayor en mujeres que acudían a pie, lo que podría asociarse al lugar de residencia e incluso al poder de la conciencia y responsabilidad en salud, para romper cualquier barrera. Barros et al. (10) y Rizkianti

et al. (60) avalaron la asociación entre el evento obstétrico en estudio y las barreras de acceso geográfico, en particular la distancia hacia la institución de salud.

En lo que respecta a las barreras de acceso administrativas, Montelatto et al. (62) notificaron un vínculo entre la calidad de atención deficiente y el parto prematuro en un grupo de adolescentes embarazadas de Brasil, quienes informaron que la atención prenatal se centró en insipiencias informativas y estuvo llena de estigmas y juicios, que desviaron el foco de atención y finalmente provocaron la inasistencia y desarrollo de la complicación obstétrica. Portilla (78) ratificó la correspondencia entre variables y posicionó a la demora en la obtención de una cita, falta de profesionales de salud en la unidad operativa (recursos humanos insuficientes o personal en actividades extramurales), ausencia de turnos en el momento de la solicitud y cierre del centro de salud como las razones de incumplimiento de la atención prenatal. Sewpaul et al. (44) informaron que las adolescentes embarazadas estaban más expuestas a un trato injusto por parte de los profesionales de salud y presentaron un mayor temor realizar preguntas sobre el embarazo y por tanto a asistir a un establecimiento de salud para la atención prenatal. Nam et al. (72) identificaron que las adolescentes embarazadas con atención prenatal inadecuada tenían una mayor probabilidad de morbilidad materna grave. Linard et al. (73) presentaron resultados similares. Harron et al. (74) mencionaron que las adolescentes experimentaron una mayor tasa de partos prematuros además de atención prenatal deficiente.

Por otro lado, Barros et al. (10) asociaron a las barreras de acceso económico y el parto prematuro, al igual que Ekpenyong et al. (61), quienes además especificaron que el alto costo del transporte podría reducir la asistencia a las atenciones prenatales, así como la falta de recursos médicos y subsecuente gasto de bolsillo en medicamentos o pruebas de laboratorio, pues la cohorte seleccionada estuvo conformada por estudiantes o mujeres desempleadas con bajos ingresos mensuales. Estas condiciones, lamentablemente forman parte de la realidad del adolescente y en ausencia de apoyo afectan la integridad de la díada y disuaden el comportamiento en salud. Gayatri et al. (70) mencionaron que las adolescentes de bajos ingresos presentaron más del doble de posibilidades de llevar a cabo cuatro o más visitas de atención prenatal en contraste con las madres adolescentes que disfrutaban de ingresos moderados. Así también refirieron que las adolescentes con ingresos elevados

tuvieron más del doble de probabilidad de optar por un centro de parto moderno en comparación con aquellas que tienen ingresos bajos. Se observó que un bajo nivel socioeconómico es un impedimento para acceder a instalaciones de parto modernas y por tanto el riesgo de complicaciones maternas y fetales es mayor en este grupo, incluyendo el riesgo de parto prematuro.

Sumankuuro et al. (63) hicieron hincapié en las barreras culturales y su asociación a las complicaciones obstétricas, como el parto prematuro, ya que la baja libertad materna provocó que las mujeres retrasarán la atención prenatal o búsqueda oportuna de asistencia por esperar que la pareja u otro familiar les concedieran un permiso; además muchas de ellas sintieron vergüenza de los embarazos no planificados y prefirieron no asistir o aplazar sus controles. Si bien estos resultados expresan las barreras culturales de gestantes entre 20 y 69 años, Montelatto et al. (62) confirma que dichos obstáculos no distan de la realidad de la población adolescente, pero se intensifican, pues ellas están expuestas constantemente a la discriminación o crítica, y a la exigencia de muchos profesionales de asistir a un establecimiento en compañía de un adulto (falta de autonomía), acciones que las orillarían a buscar ayuda en lugares equivocados, como el internet, familiares o amigos. Diabelková et al. (71) mencionaron que las adolescentes embarazadas tenían una mayor probabilidad de presentar un nivel educativo más bajo (OR = 16.8; IC 95% = 11.5–24.6; $p < 0.001$) y retrasar la consulta con un profesional de la salud hasta después del primer trimestre (OR = 0.3; IC 95% = 0.2 - 0.3; $p < 0.001$). Además, se observó una mayor frecuencia de parto prematuro ($p = 0.004$).

Finalmente, es preciso mencionar que este estudio no se halla exento de limitaciones, dado que existen muy pocas investigaciones abocadas a la temática en cuestión o enfocadas únicamente en las adolescentes embarazadas; sin embargo, esta restricción no debe ser considerada un inconveniente, sino una oportunidad para revelar nuevas brechas de conocimiento y fomentar la ejecución de futuras pesquisas.

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES

Las barreras de acceso a la atención prenatal se asociaron al parto prematuro en gestantes adolescentes, pues dificultaron o dilataron la asistencia de las pacientes al establecimiento de salud y la intervención del profesional en la prevención de riesgos y promoción de conductas saludables.

Las barreras de acceso geográfico se asociaron al parto prematuro en gestantes adolescentes, en particular la distancia entre la residencia y establecimiento de salud, falta de transporte e infraestructura de la comunidad (obras civiles).

Las barreras de acceso administrativo se asociaron al parto prematuro en gestantes adolescentes, en particular el tiempo de espera para adquirir una cita, baja fluidez o calidad de atención y recursos humanos insuficientes.

Las barreras de acceso económico se asociaron al parto prematuro en gestantes adolescentes, en particular el alto costo del transporte y ausencia de financiamiento de medicamentos.

Las barreras de acceso cultural se asociaron al parto prematuro en gestantes adolescentes, en particular la falta de autonomía y discriminación.

CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES

Se aconseja a las autoridades de salud y comunidades elaborar un plan de intervención conjunto que ayude a identificar las barreras de acceso a la atención prenatal de las gestantes adolescentes y superarlas, para garantizar el seguimiento oportuno y la integridad de la díada. También se sugiere capacitar al personal administrativo y asistencial de los establecimientos de salud en gestión eficaz del tiempo y planificación de tareas, así como en calidad de atención.

Se recomienda a los gobiernos trabajar con las comunidades, para identificar las barreras de transporte y de infraestructura vial, y mejorar la logística asociada a la circulación colectiva de pasajeros y las condiciones de operabilidad de las carreteras.

Se aconseja los gobiernos fomentar la creación de programas que financien la atención y transporte de las gestantes adolescentes en situación de precariedad y pobreza laboral.

Se recomienda a los gobiernos continuar con la construcción de unidades especializadas en la atención adolescente y fomentar la ética intercultural entre profesionales y la asistencia con respeto, calidez, discreción y sin discriminación de ninguna índole dentro del marco del secreto profesional.

Se recomienda al gobierno peruano, en el marco de la educación sexual integral incorpore al profesional obstetra en las instituciones educativas para contribuir en la prevención del embarazo adolescente y evitar conductas sexuales de riesgo.

Se sugiere a la comunidad científica realizar investigaciones estructuradas bajo el mismo enfoque temático, para incrementar el conocimiento, buscar solución a problemas prácticos y contribuir con la innovación de las políticas públicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en la adolescencia. [Online].; 2022. [citado 24 agosto 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
2. Fondo de Población de las Naciones y Plan Internacional. Consecuencias socioeconómicas del embarazo y maternidad adolescente en el Perú. UNFPA PERÚ; 2020.
3. Gamarra P, Pante G. Embarazo en la adolescencia y los indicadores de salud materna y perinatal. Rev haban cienc méd. 2022; 21(2): 1-6.
4. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros. [Online].; 2023. [citado 24 agosto 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
5. Sully E, Biddlecom A, Darroch J, Riley T, Ashford L, Lince-Deroche N, et al. Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019. Guttmacher Institute; 2020.
6. Mora-Vallejo M, Peñaloza D, Pullupaxi C, Díaz-Rodríguez J. Infecciones del tracto urinario como factor de riesgo para parto prematuro en adolescentes embarazadas. FacSalud. 2019; 3(4): 26-35.
7. Herrera A. Barreras generadas en la atención de la gestante inmigrante en el control prenatal, que conllevan a un parto no institucional, bajo la promoción de la salud de Nola Pender. [Tesis de Grado]. Universidad de Pamplona, Colombia; 2021.
8. Hartmann A, Nazar-Beutelspacher D, Salvatierra-Izabá E. Desventaja social y utilización de servicios de salud para recibir atención prenatal en niñas y adolescentes de barrios pobres de Chiapas. Entreciencias: diálogos en la sociedad del conocimiento. 2020; 8(22): 1-17.
9. Houghton N, Báscolo E, Jara L, Cuellar C, Coitiño A, del Riesgo A, et al. Barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres, niños y niñas en América Latina. Rev Panam Salud Publica. 2022; 1(1): 1-9.

10. Barros L. Factores asociados a la falta de control prenatal en América Latina y su relación con las complicaciones obstétricas. *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*. 2022; 7(1): 58-66.
11. Guallpa M. Control prenatal asociado a complicaciones obstétricas. [Tesis de Grado]. Ecuador: Universidad Católica de Cuenca; 2020.
12. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2022. Instituto Nacional de Estadística e Informática, 378; 2023.
13. Farfán K. Factores asociados a parto pretérmino en gestantes adolescentes. Hospital Jose Cayetano Heredia, junio-diciembre, 2018. [Tesis de Grado]. Universidad Privada Antenos Orrego, Piura; 2019.
14. Quiroz V. Factores de riesgo maternos asociados al nacimiento de prematuros en el servicio de neonatología del Hospital Carlos Lan Franco La Hoz de julio 2018-julio 2029. [Tesis de Grado]. Universidad Ricardo Palma, Lima; 2021.
15. Pintado G. Apoyo social percibido relacionado al inicio del control prenatal en gestantes del Centro de Salud Alto Trujillo. [Tesis]. Trujillo : Universidad Nacional de Trujillo; 2021.
16. Guallpa M. Control prenatal asociado a complicaciones obstétricas. [Tesis]. Ecuador : Universidad Católica de Cuenca; 2020.
17. Pacheco M. Factores que influyen en el control prenatal adecuado en embarazadas de 16 a 25 años. [Tesis]. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2019.
18. Betancourt-Ruiz A, García M. Factores asociados a la no adherencia del control prenatal en gestantes. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. SALUD Y VIDA*. 2019; 4(7): 74-96.
19. Tatal L, Rodríguez V, Buitrón E, Ortega D, Zuñiga L, Gonzáles E, et al. Condiciones de acceso al programa de control prenatal en un centro de primer nivel de atención de la Ciudad de Pasto, Colombia. *Rev. peru. ginecol. obstet.* 2019; 65(2): 157-162.
20. Kassa G, Arowojolu A, Odukogbe A, Yalew A. Adverse neonatal outcomes of adolescent pregnancy in Northwest Ethiopia. *PLoS ONE*. 2019; 14(6).
21. Lora K, Heyaime N. Factores de riesgo relacionados con amenaza de parto pretérmino en gestantes adolescentes que asisten al Hospital Universitario

- Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, Abril - Agosto 2019. [Tesis de Doctorado]. Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, República Dominicana; 2019.
22. Llontop L, Mezones L. Resultados perinatales en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Lambayeque durante la pandemia por Covid 19 período 2020-2021. [Tesis de Grado]. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Lambayeque; 2023.
 23. Casimiro-Soriano E, Unchupaico-Fermín J, Unchupaico-Payano I. Factores de riesgo en el parto pretérmino de gestantes adolescentes en un Hospital de Junín. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2023; 12(2): 15-21.
 24. Grace L. Factores asociados al control prenatal inadecuado en gestantes adolescentes: subanálisis ENDES 2017-2021. [Tesis de Grado]. Universidad Nacional Federico Villareal, Lima; 2023.
 25. Palomino J. Complicaciones materno-perinatales asociadas a la atención prenatal insuficiente en gestantes. Hospital Cayetano Heredia Piura, 2019. [Tesis de Grado]. Universidad César Vallejo, Piura; 2021.
 26. Tenicela A. Factores socioculturales relacionados al control prenatal en gestantes. Puesto de salud Hualhuas – Huancayo, 2020. [Tesis]. Chimbote : Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2020.
 27. Organización Mundial de la Salud. Salud mental del adolescente. [Online].; 2021. [citado 24 agosto 2023]. Disponible en:<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.
 28. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Norma técnica de salud para la atención integral de salud de adolescentes. Ministerio de Salud, Lima; 2019.
 29. Del Risco-Sánchez O, Zambrano-Tanaka E, Guerrero-Borrego N, Surita F. Good prenatal care practices in teenage pregnancy from the perspective of healthcare professionals. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2021; 72(3): 244-257.
 30. Martínez-Cancino G, Díaz-Zagoya J, Romero-Vázquez A. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes. Salud en Tabasco. 2017; 23(1): 13-18.

31. Tresierra C, Reyes M. Control prenatal inadecuado como factor asociado a parto pretérmino en pacientes del Hospital Regional Docente de Trujillo. PUEBLO CONTINENTE. 2018; 28(2): 347-358.
32. Wong A, Frawley N, Robertson C, McKenzie A, Lodge J, Versace V, et al. Accessing and engaging with antenatal care: an interview study of teenage women. BMC Pregnancy Childbirth. 2021; 21(1): 1-8.
33. Asprea I, García O, Nigiri C. Recomendaciones para la práctica del control prenatal, puerperal y preconcepcional. Argentina: Dirección Nacional de Maternidad e Infancia; 2013.
34. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. [Online].; 2018 [citado 2022 Mar 20]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health>.
35. Organización Panamericana de la Salud. Guías para el continuo de la atención de la mujer y el recién nacido. Organización Panamericana de la Salud., Washington, D.C.; 2019.
36. Madrid R. Barreras para la atención prenatal en mujeres de América Latina en pleno siglo XXI. Revista La Universidad. 2021;(2): 144-163.
37. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2018.
38. Quijaite T, Valverde N, Barja J. Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en un Centro de Salud del Callao, Perú. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2019; 45(4): 1-12.
39. Cáceres-Manrique F. El control prenatal: una reflexión urgente. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2009; 60(2): 165-170.
40. Ruiz Y, Oime M. Barreras de acceso a las indígenas wayuu gestantes para acceder a controles prenatales antes de las doce semanas de gestación en el Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro de Uribia, La Guajira. Cienc Tecnol Salud Vis Ocul. 2018; 1(2): 21-31.
41. Valencia M. Embarazo y control prenatal en mujeres embarazadas del centro de salud crucita. [Tesis]. Ecuador: Universidad Estatal del Sur de Manabí; 2018.

42. Pallango P. Percepción de la paciente embarazada sobre la asistencia a los controles prenatales durante la pandemia por Covid-19. Universidad Técnica de Ambato, Ecuador; 2021.
43. Descriptores en Ciencias de la Salud. DeCS/MeSH. [Online]; 2020. [citado 24 agosto 2023]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=57977&filter=ths_termall&q=barreras%20de%20salud#Details.
44. Sewpaul R, Crutzen R, Dukhi N, Sekgala D, Reddy P. A mixed reception: perceptions of pregnant adolescents' experiences with health care workers in Cape Town, South Africa. *Reprod Health*. 2021; 18(1).
45. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. *Rev Ped Elec*. 2008; 5(1): 42-51.
46. Martínez A, Cerda E, García L, García P, Muraira Y, Posadas C. Beneficios y barreras percibidos por las adolescentes embarazadas en el control prenatal. *CIENCIA-UANL*. 2012; 15(57): 81-92.
47. Hernández-Vásquez A, Vargas-Fernández R, Bendezu-Quispe G. Factores asociados a la calidad de la atención prenatal en Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2019; 36: 178-187.
48. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2014.
49. Fajardo-Dolci G, Gutiérrez J, García-Saisó S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud pública de México*. 2015; 57(2): 180-186.
50. Hirmas M, Aduy M, Poffald L, Angulo L, Jasmen A, Sepúlveda A, et al. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2013; 33: 223-229.
51. Chavarría L. Factores de riesgo relacionados con el parto prematuro en El Salvador. *Alerta*. 2019; 2(2): 144-152.
52. Gutiérrez M. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. *Rev. peru. ginecol. obstet*. 2018; 64(3).

53. Iza L, Bustillos M. Amenaza de parto prematuro predicción prevención y manejo. RECIMUNDO. 2022; 6(3): 393-408.
54. Ruoti M. Tocolíticos en la amenaza de parto prematuro. Un. fac. Cienc. Medicina. 2020; 53(3): 115-130.
55. Murguía-Ricalde F, Indacochea-Cacéda S, Roque J, Cruz-Vargas J. Factores de riesgo maternos asociados a parto prematuro en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo, año 2018 al 2019, Lima-Perú. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2021; 10(2): 35-41.
56. Ramírez K. Prevención de parto pretérmino. Medicina Legal de Costa Rica Edición Virtual. 2018; 35(1): 115-126.
57. Descriptores en Ciencias de la Salud. DeCS/MeSH. Atención Prenatal. [Online].; 2016. [citado 24 agosto 2023]. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=11731>.
58. Descriptores en Ciencias de la Salud. DeCS/MeSH. Factores de riesgo. [Online].; 2020.. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=28612&filter=ths_termall&q=factor%20de%20riesgo.
59. NIH. Información sobre el embarazo. [Online].; 2020. [citado 24 agosto 2023]. Disponible en: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pregnancy/informacion>.
60. Rizkianti A, Saptarini I, Rachmalina R. Perceived Barriers in Accessing Health Care and the Risk of Pregnancy Complications in Indonesia. Int J Womens Health. 2021;(13): 761-772. DOI: 10.2147/IJWH.S310850.
61. Ekpenyong M, Matheson D, Serrant L. The role of distance and transportation in decision making to seek emergency obstetric care among women of reproductive age in south–South Nigeria: A mixed methods study. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2022; 159(1): 263-269. DOI: 10.1002/ijgo.14103.
62. Montelatto T, Lima B, De Souza B, Aparecida M, Cangiani M, Wernet M. Pregnant adolescents who experienced premature birth: perceptions about prenatal care. Esc Anna Nery. 2022;(26): e20210253. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2021-0253.
63. Sumankuuro J, Yankasa M, Crocket J, Wang S, Young J. Narratives on why pregnant women delay seeking maternal health care during delivery and obstetric

- complications in rural Ghana. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2019; 19(260): 1-136. DOI: 10.1186/s12884-019-2414-4.
64. Muguercia J, Vásquez M, Estrada L, Bertrán J, Morejón I. Características de las adolescentes embarazadas de un área de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2020; 36(3): e1207.
65. Pavón-Paladinez D, Contento-Torres J, Romero-Encalada I. Actuación de enfermería y complicaciones asociadas al embarazo adolescente en un hospital de El Oro. *Pol Con*. 2020; 5(8): 653-672. DOI: 10.23857/pc.v5i8.1615.
66. Pérez M, Chang J, Temming L, Carter E, López J, Tuuli M, et al. Driving Factors of Preterm Birth Risk in Adolescents. *AJP Rep*. 2020;; e247-e252. DO: 10.1055/s-0040-1715164.
67. Okeyo D, Gumo S, Munde E, Opiyo C, Omungo Z, Olyaro M, et al. Nutritional service needs of pregnant and lactating adolescent girls in Trans-Mara East Sub-County, Narok County: focus on access and utilization of nutritional advice and services. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019; 19(1): 229. doi: 10.1186/s12884-019-2391-7.
68. Nabugoomu J, Seruwagi G, Corbett K, Kanyesigye E, Horton S, Hanning R. Needs and Barriers of Teen Mothers in Rural Eastern Uganda: Stakeholders' Perceptions Regarding Maternal/Child Nutrition and Health. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15(12): 2776. doi: 10.3390/ijerph15122776.
69. Mekonnen T, Dune T, Perz J. Maternal health service utilisation of adolescent women in sub-Saharan Africa: a systematic scoping review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019; 19(1): 366. doi: 10.1186/s12884-019-2501-6.
70. Gayatri R, Hsu Y, Damato E. Utilization of Maternal Healthcare Services among Adolescent Mothers in Indonesia. *Healthcare (Basel)*. 2023; 11(5): 678. doi: 10.3390/healthcare11050678.
71. Diabelková J, Rimárová K, Dorko E, Urdzík P, Houžvičková A, Argalášová L. Adolescent Pregnancy Outcomes and Risk Factors. *Int J Environ Res Public Health*. 2023; 20(5): 4113. doi: 10.3390/ijerph20054113.
72. Nam J, Oh S, Park E. The Association Between Adequate Prenatal Care and Severe Maternal Morbidity Among Teenage Pregnancies: A Population-Based Cohort Study. *Front. Public Health*. 2022; 10: DOI: 10.3389/fpubh.2022.782143.

73. Linard M, Blondel B, Estellat C, Deneux-Tharaux C, Luton D, Oury J, et al. Association between inadequate antenatal care utilisation and severe perinatal and maternal morbidity: an analysis in the PreCARE cohort. *BJOG*. 2018; 125(5): 587-595. doi: 10.1111/1471-0528.14794.
74. Harron K, Verfuenden M, Ibiebele I, Liu C, Kopp A, Guttmann A, et al. Preterm birth, unplanned hospital contact, and mortality in infants born to teenage mothers in five countries: An administrative data cohort study. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2020; 34(6).
75. Bizuayehu H, Harris M, Chojenta C, Kiross G, Loxton D. Maternal residential area effects on preterm birth, low birth weight and caesarean section in Australia: A systematic review. *Midwifery*. 2023; 123.
76. Woday A, Muluneh m, Sherif S. Determinants of preterm birth among mothers who gave birth at public hospitals in the Amhara region, Ethiopia: A case-control study. *PLoS One*. 2019; 14(11): doi: 10.1371/journal.pone.0225060.
77. Thomazini I, Wysocki A, Da Cunha M, Da Silva S, Ruiz M. Factores de riesgo relacionados con el Trabajo de Parto Prematuro en adolescentes embarazadas: revisión integradora de la literatura. *Enferm Glob*. 2016;(44): 416-427.
78. Portilla Y. Cumplimiento del control prenatal en adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Salud de Maldonado. [Tesis de Grado]. Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2022.

Anexos

Matriz de consistencia

Problema	Objetivos	Hipótesis	Diseño
<p>¿Cuál es la asociación entre barreras de acceso a la atención prenatal y parto prematuro en gestantes adolescentes?</p>	<p>Objetivo general Analizar la asociación entre barreras de acceso a la atención prenatal y parto prematuro en gestantes adolescentes.</p> <p>Objetivos específicos Evaluar la asociación entre barreras de acceso geográfico y parto prematuro en gestantes adolescentes. Precisar la asociación entre barreras de acceso administrativo y parto prematuro en gestantes adolescentes. Evaluar la asociación entre barreras de acceso económico y parto prematuro en gestantes adolescentes. Investigar la asociación entre barreras de acceso cultural y parto prematuro en gestantes adolescentes.</p>	<p>Dado que se trata de una revisión narrativa, no se planteó ninguna hipótesis</p>	<p>Tipo de investigación Revisión narrativa</p> <p>Estrategia de búsqueda búsqueda de investigaciones en las bases de datos PubMed, ScienceDirect, ProQuest, Scielo, Dialnet y BVS – Biblioteca Virtual de Salud.</p>